

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

HISTOIRE DE MALTRAITANCE, SYMPTÔMES DE STRESS POST-
TRAUMATIQUE ET DE DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES
AYANT RECOURS AUX SERVICES DE MAISONS D'HÉBERGEMENT : LA
CONTRIBUTION DE L'ALEXITHYMIE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
HÉLÈNE CARRIER

DÉCEMBRE 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans la présence et le soutien de nombreuses personnes. Je tiens d'abord à remercier ma directrice Sophie Boucher qui a cru en ma capacité de mener ce projet à terme. Son écoute, sa sensibilité, son esprit vif, son appui et ses conseils m'ont été grandement utiles tout au long de mon cheminement et je lui en suis reconnaissante. Pour moi, elle est un modèle de réalisation et d'accomplissement professionnel.

Je souhaite remercier tous mes collègues de laboratoire. Vos précieux commentaires, votre aide et votre collaboration ont favorisé le déploiement et l'aboutissement de ce projet. Sans vous et sans nos échanges à la fois divertissants et constructifs, je n'aurais su conserver avec autant de volonté la motivation à poursuivre mon parcours.

Je remercie chaleureusement mon mari, Jean Grégoire, pour ses innombrables encouragements. Tu as cru en moi lors des périodes faciles tout comme lors des moments plus difficiles et tu as contribué à mon dépassement. Je remercie ma fille, Justine, qui par son émerveillement, son sourire et sa bonne humeur m'a permis de profiter de la vie et de me détacher, par moment, de mon travail. Le désir et la volonté que tu sois fière de ta maman a plus que jamais joué un rôle dans ma réussite.

J'adresse tout particulièrement ce mémoire aux femmes qui ont pris part à ce projet et à toutes celles qui sont ou qui ont été victimes de la violence de leur partenaire. Par ce mémoire, j'espère enrichir les connaissances actuelles sur cette réalité complexe et participer à la prévention de la victimisation des femmes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ.....	vii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE II	
ÉTAT DES CONNAISSANCES	4
2.1 Violence entre partenaires intimes.....	4
2.1.1 Définitions.....	4
2.1.2 Prévalence et incidence	5
2.1.3 Violence entre partenaires intimes et symptômes psychologiques	6
2.1.4 Revictimisation	7
2.2 Maltraitance	9
2.2.1 Définition	9
2.2.2 Prévalence et incidence	11
2.2.3 Maltraitance et symptômes psychologiques.....	11
2.2.4 Maltraitance et régulation des émotions	12
2.3 Alexithymie	14
2.3.1 Description, définition et fondements	14
2.3.2 Maltraitance et alexithymie.....	15
2.3.3 Alexithymie et symptômes psychologiques.....	16
CHAPITRE III	
CADRE CONCEPTUEL	18
3.1 Modèle du traumatisme complexe (Herman, 1992)	18
3.2 Concept de polyvictimisation (Finkelhor, 2005)	20
3.3 Objectifs et hypothèses.....	21

CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE.....	23
4.1 Participantes.....	23
4.2 Procédure	23
4.3 Instruments de mesure	24
4.4 Plan d'analyses statistiques	27
4.5 Éthique	28
CHAPITRE V	
MENTAL HEALTH PROBLEMS OF WOMEN EXPOSED TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN QUEBEC: CONTRIBUTION OF CHILDHOOD MALTREATMENT AND ALEXITHYMIA	29
5.1 Method	35
5.1.1 Participants.....	35
5.1.2 Procedure.....	35
5.1.3 Measures	36
5.2 Data analysis.....	39
5.3 Results	39
5.3.1 Descriptive statistics.....	39
5.3.2 Correlations	40
5.3.3 Multivariate analysis of variance (MANOVA).....	40
5.3.4 Indirect effect of childhood maltreatment on psychological symptoms ..	41
5.4 Discussion.....	43
5.5 Conclusion	49
REFERENCES.....	51

CHAPITRE VI	
DISCUSSION	62
6.1 Synthèse et interprétation des principaux résultats.....	63
6.2 Limites et pistes de recherches futures	69
6.3 Forces, pertinence et implications	73
CHAPITRE VII	
CONCLUSION	76
APPENDICE A	
ATTESTATION DE L'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE.....	77
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	79
APPENDICE C	
INSTRUMENTS DE MESURE	82
APPENDICE D	
LETTRE DE CONFIRMATION DE SOUMISSION D'ARTICLE	99
RÉFÉRENCES.....	100

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
5.1	Frequencies and means for IPV in adulthood, childhood maltreatment, alexithymia subscales, and psychological symptoms 58
5.2	Correlations between IPV in adulthood, childhood maltreatment, alexithymia subscales, and psychological symptoms 59
5.3	Multivariate analysis of variance with alexithymia subscales and the psychological symptoms according to the number of forms of childhood maltreatment..... 60
5.4	Indirect effect of childhood maltreatment on psychological symptoms through alexithymia subscales 61

RÉSUMÉ

La maltraitance à l'enfance accroît le risque de revictimisation à l'âge adulte et entraîne d'importantes conséquences psychologiques pouvant être amplifiées par des traumatismes ultérieurs. Or, peu d'études ont documenté l'histoire de maltraitance d'une population ayant subi des traumatismes chroniques et sévères, telle que les femmes en maison d'hébergement. Chez cette population, un historique de maltraitance pourrait aggraver les impacts psychologiques de la violence par le partenaire. Certains mécanismes, comme la capacité à identifier et à exprimer ses émotions, pourraient expliquer cette relation. Le présent mémoire a pour objectif de documenter le rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre les différentes formes de maltraitance (abus physique, abus émotionnel, abus sexuel et négligence) et les symptômes de stress post-traumatique et de dépression chez les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement. Pour ce faire, 152 femmes en maison d'hébergement ont répondu au *Modified PTSD Symptom Scale (MPSS)*, au *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*, au *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)*, au *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* et au *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*. Les analyses de variance multivariée démontrent que le nombre de formes de maltraitance subies au cours de l'enfance est associé à une plus grande difficulté à identifier ses émotions et à des symptômes psychologiques plus sévères. Les régressions hiérarchiques démontrent que l'abus physique et l'abus sexuel sont associés à des symptômes de stress post-traumatique et de dépression plus élevés à l'âge adulte, au-delà des effets de la violence subie par le partenaire. L'effet de l'abus physique est médié par la difficulté à identifier ses émotions. Enfin, l'abus sexuel a un effet direct sur les symptômes psychologiques lorsque l'on tient compte de l'alexithymie. Cette forme de maltraitance présente une contribution unique et indépendante. Les résultats sont discutés à la lumière de l'impact de la maltraitance sur les processus de régulation et les symptômes psychologiques chez les femmes en maison d'hébergement. Les implications sur le plan de la recherche, de la clinique et de l'intervention sexologique sont également discutées.

Mots clés : Maltraitance à l'enfance, femmes en maison d'hébergement, revictimisation, symptômes psychologiques, alexithymie

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La maltraitance à l'enfance est reconnue comme un phénomène entraînant des conséquences psychologiques importantes à court terme, mais également à long terme. Les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression à l'âge adulte sont particulièrement associés à la maltraitance (Gladstone *et al.*, 2004; Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier et Alexander, 2009; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan et Seremetis, 2003; Sullivan, Meese, Swan, Mazure et Snow, 2005). Ces symptômes pouvant persister tout au long de la vie peuvent également être exacerbés par d'autres traumatismes vécus ultérieurement, comme la violence entre partenaires intimes (Banyard, Williams et Siegel, 2001).

Par ailleurs, dans la population générale, il a été démontré que la maltraitance est associée à un risque accru de subir de la violence de la part du partenaire amoureux à l'âge adulte (Coid *et al.*, 2001; Desai, Arias, Thompson et Basile, 2002; DiLillo, Giuffre, Tremblay et Peterson, 2001; McKinney, Caetano, Ramisetty-Mikler et Nelson, 2009; Whitfield, Anda, Dube et Felitti, 2003). Certains auteurs précisent que les personnes qui ont subi de la maltraitance durant l'enfance présentent de 1,8 à 2 fois plus de risques de faire l'expérience de la violence à l'âge adulte comparativement à ceux qui n'en ont pas subi (Parks, Kim, Day, Garza et Larkby, 2011; Widom, Czaja et Dutton, 2008). Il semble y avoir une forte relation entre le cumul des expériences de victimisation et la présence de symptômes psychologiques, mais à notre connaissance cette relation n'a pas été explorée auprès d'une population victime des formes les plus sévères de violence, telle que les femmes en maison

d'hébergement. La majorité de ces femmes victimes de la violence de leur partenaire rapporte des expériences de violence vécues à différents moments de leur vie (Follette, Polusny, Bechtle et Naugle, 1996) en plus de présenter des taux plus élevés de symptômes de stress post-traumatique et de dépression (de 31 % à 84 %) que la population générale (Cascardi, O'Leary et Schlee, 1999). Ainsi, au-delà de la violence subie de la part du partenaire et de ses conséquences, la maltraitance pourrait avoir un effet considérable sur la présence de ces symptômes psychologiques à l'âge adulte chez cette population. Un des mécanismes proposés pour expliquer ces relations est l'impact de la maltraitance sur la capacité à réguler ses émotions (Berenbaum, 1996). Toutefois, peu d'études ont investigué les mécanismes impliqués dans l'effet de la maltraitance sur la santé mentale des femmes en maison d'hébergement.

Une connaissance accrue du rôle de l'histoire de maltraitance pourrait favoriser le développement de programmes d'intervention et d'un soutien thérapeutique qui tiennent compte de leur polyvictimisation en plus de la présence de symptômes psychologiques importants tels que ceux liés au stress post-traumatique et à la dépression. À l'heure actuelle, les maisons d'hébergement œuvrant auprès des femmes victimes de violence conjugale tendent à offrir une aide où le suivi psychosocial de court terme est préconisé et mis au premier plan (Statistique Canada, 2009). Il semble alors que les interventions réalisées à l'égard de ces femmes sont davantage focalisées sur la situation de crise et non sur les retombées à long terme, particulièrement psychologiques et émotionnelles, d'avoir fait l'expérience de la maltraitance au cours de l'enfance. En considérant ces différents éléments propres à la victimisation de cette population et en mettant en place une assistance plus adaptée, une meilleure prévention de la revictimisation pourrait être implantée.

Ce projet de mémoire vise à documenter les relations entre la maltraitance, la violence subie par le partenaire intime, l'alexithymie, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression chez les femmes ayant eu recours aux services de maisons d'hébergement. Il vise également à investiguer l'effet cumulatif d'un historique de maltraitance et de la violence subie à l'âge adulte par un partenaire intime sur la santé mentale de ces femmes. Enfin, le projet vise à examiner si les effets de la maltraitance peuvent être médiés par la capacité à identifier et à exprimer ses émotions.

CHAPITRE II

ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Violence entre partenaires intimes

2.1.1 Définitions

Une multitude de définitions de la violence entre partenaires intimes existe et il semble ne pas y avoir de consensus. Parmi les définitions qui existent, deux d'entre elles semblent davantage utilisées et pertinentes au regard de la présente étude. Dans le *Rapport mondial sur la violence et la santé* réalisé par l'*Organisation mondiale de la Santé* (2002), la violence entre partenaires intimes est définie par :

[...] tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui font partie de cette relation. Il s'agit, entre autres, des comportements suivants : actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups; violence psychologique comme le recours à l'intimidation, à l'humiliation et au rabaissement constant; rapports sexuels forcés et autre forme de coercition sexuelle; divers comportements autoritaires ou tyranniques, comme d'isoler une personne de sa famille et de ses amis, de surveiller ses faits et gestes, et de limiter son accès à toute aide ou information (Heise et Garcia-Moreno, 2002).

Au provincial, la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* (1995), encore en vigueur à ce jour, propose une définition similaire et complémentaire de la violence conjugale :

La violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue, au contraire, un moyen choisi pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle. Elle peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale [*sic*] ou amoureuse, à tous les âges de la vie.

2.1.2 Prévalence et incidence

Une étude d'envergure internationale, ciblant à la fois une population urbaine et rurale, révèle qu'entre 15 % et 71 % des femmes ont subi, au cours de leur vie, de la violence physique, de la violence sexuelle ou ces formes de violence en concomitance de la part du partenaire intime (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsbergs, Heise et Watts, 2006). D'autres taux à l'échelle mondiale rapportent qu'entre 10 % et 34,4 % des femmes ont été victimes de violence physique et qu'entre 15,3 % et 25 % des femmes ont été victimes de violence sexuelle au sein de leur relation intime (Organisation mondiale de la Santé, 2002). La présence d'écarts quant aux taux rapportés résulte probablement du manque de normalisation de la définition de la violence entre partenaires intimes, de la diversification des lieux géographiques où elle survient et de la difficulté pour certaines communautés ethnoculturelles à s'exprimer sur cette problématique (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Bien que ces taux fluctuent grandement et que d'une étude à l'autre les données rapportées varient, la violence entre partenaires intimes demeure un phénomène mondial d'une grande ampleur.

Au Québec, le taux d'incidence annuel de la violence envers les femmes perpétrée par un conjoint actuel s'élève à 0,9 % et celle commise par un ex-conjoint s'élève à 1,7 % (Laroche, 2007). Ces taux annuels correspondent à au moins un incident de violence par le partenaire, vécu au cours des douze derniers mois (Laroche, 2007). Sur une période de cinq ans, le taux de prévalence au Québec de la violence perpétrée par un conjoint actuel totalise 2,6 % et celle commise par un ex-conjoint se chiffre à

7,4 % (Laroche, 2007). Par ailleurs, le nombre de femmes au Canada ayant eu recours aux services des maisons d'hébergement entre l'année 2007 et 2008 s'élève à près de 101 000 femmes et enfants (Sauvé et Burns, 2009). Au Québec, ce nombre s'élève à 13 542 femmes entre l'année 2009 et 2010 (Burczycka et Cotter, 2011). Les principaux motifs de demande de refuge et d'admission pour le Canada étaient relatifs à la violence psychologique (65 %), à la violence physique (55 %) et à la violence sexuelle (24 %) (Sauvé et Burns, 2009). Malgré ces taux relativement élevés et la présence de données exhaustives sur la violence entre partenaires intimes, peu d'études au Québec se sont attardées à une population de femmes en maison d'hébergement, à leur histoire de maltraitance et à la portée de cette histoire sur leur santé mentale.

2.1.3 Violence entre partenaires intimes et symptômes psychologiques

La violence entre partenaires intimes engendre des conséquences importantes sur les diverses dimensions de la vie et ces conséquences peuvent longuement persister. Les différentes formes de violence amènent des impacts qui sont propres à leur nature (par exemple, la violence physique est celle où ses effets sont les plus apparents), mais toutes les formes amènent des impacts considérables au niveau de la santé mentale (Afifi, MacMillan, Cox et Asmundson, 2009; Dutton, 2009). L'état de stress post-traumatique et la dépression sont les troubles psychologiques les plus souvent observés chez les femmes victimes de la violence de leur partenaire (Dutton, 2009). L'état de stress post-traumatique est un trouble anxieux qui s'exprime par diverses manifestations psychologiques : (1) reviviscence ou intrusion de l'évènement traumatique (par exemple, des cauchemars); (2) évitement des rappels ou des stimuli de l'évènement traumatique (par exemple, un sentiment de détachement); (3) l'hypervigilance (par exemple, des troubles du sommeil) (American Psychiatric Association, 2003). Quant à la dépression, elle est un trouble de l'humeur décrit

comme une modification persistante du fonctionnement global au niveau cognitif (par exemple, des pensées suicidaires) et somatique-affectif (par exemple, de l'irritabilité accrue) (American Psychiatric Association, 2003).

La violence entre partenaires intimes représente un facteur de risque important à la présence de symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte. Une femme qui a été victime de la violence de son partenaire rapporte, en moyenne, des scores plus élevés de ces symptômes comparativement à une femme qui n'en a jamais été victime (Pico-Alfonso, 2005). Il semble que la violence psychologique est celle qui contribue davantage au développement de symptômes de stress post-traumatique, succédée par la violence sexuelle et la violence physique (Pico-Alfonso, 2005). Quant aux symptômes de dépression, des auteurs soulignent que la violence psychologique y serait plus spécifiquement reliée (Nixon, Resick et Nishith, 2004), mais d'autres soutiennent que la violence sexuelle y serait plus associée (Pico-Alfonso *et al.*, 2006).

2.1.4 Revictimisation

Plusieurs théories ont tenté d'expliquer le phénomène de la revictimisation en ciblant la violence sexuelle. Finkelhor et ses collègues (2005) suggèrent le terme de « polyvictimisation ». Ce concept réfère aux multiples formes de maltraitance que peuvent subir les personnes au cours de leur enfance. Selon l'auteur, cette polyvictimisation serait un facteur de risque important à considérer dans la revictimisation sexuelle (Finkelhor, Shattuck, Turner et Hamby, 2014). Un environnement familial conflictuel et non soutenant dans un contexte de maltraitance, l'adoption de comportements délinquants en réponse à cette maltraitance et les symptômes traumatiques comme conséquence de cette maltraitance augmenteraient la probabilité d'être sexuellement revictimisé (Finkelhor, Shattuck, Turner et Hamby,

2014). Chu (1992) propose également que les conséquences psychologiques de la maltraitance, principalement les symptômes de stress post-traumatique et la dissociation émotionnelle, rendraient la personne plus vulnérable à la revictimisation. Chu (1992) précise que ce type de symptômes affecterait le développement de facteurs individuels de protection quant à la revictimisation, tels que l'utilisation de comportements sécuritaires face à des situations potentiellement à risque. Dans le même ordre d'idées, Koss et Dinero (1989) suggèrent que l'adoption de stratégies d'adaptation inadaptées suite aux traumatismes vécus dans l'enfance, comme la consommation excessive d'alcool et de drogues, serait d'importants déterminants de la victimisation ultérieure.

De nombreuses études empiriques établissent une association entre la maltraitance et la revictimisation à l'âge adulte (Coid *et al.*, 2001; Daigneault, Hébert et McDuff, 2009; Desai, Arias, Thompson et Basile, 2002; DiLillo, Giuffre, Tremblay et Peterson, 2001; McKinney, Caetano, Ramisetty-Mikler et Nelson, 2009; Whitfield, Anda, Dube et Felitti, 2003). Il a été démontré que de subir n'importe quelle forme de maltraitance durant l'enfance augmente significativement le risque de subir de la violence dans ses relations intimes, particulièrement celle physique et sexuelle (Daigneault, Hébert et McDuff, 2009; Desai, Arias, Thompson et Basile, 2002; Parks, Kim, Day, Garza et Larkby, 2011). Selon Whitfield et ses collègues (2003), l'abus physique et sexuel seraient toutefois les plus impliquées dans l'augmentation de ce risque. Les personnes qui ont fait l'expérience de plusieurs formes de maltraitance sont également plus susceptibles de faire face à de nouvelles expériences de victimisation postérieurement (Whitfield, Anda, Dube et Felitti, 2003; Widom, Czaja et Dutton, 2008). Ainsi, c'est par l'entremise de nombreux épisodes de maltraitance et du cumul de ses différentes formes que le risque de revictimisation est alors accru et renforcé (Widom, Czaja et Dutton, 2008).

Par ailleurs, il a été démontré que les symptômes de stress post-traumatique (Messman-Moore, Long, et Siegfried, 2000) et les symptômes de dépression (Fogarty, Fredman, Heeren et Liebschutz, 2008; Sullivan, Meese, Swan, Mazure et Snow, 2005) associés à un traumatisme vécu à l'enfance peuvent être intensifiés par un traumatisme vécu postérieurement. Par exemple, dans une étude réalisée auprès de femmes universitaires, celles qui avaient subi de l'abus sexuel dans l'enfance ainsi que de la violence sexuelle et physique à l'âge adulte avaient rapporté plus de symptômes traumatiques que celles qui avaient uniquement subi de la violence à l'âge adulte (Messman-Moore, Long, et Siegfried, 2000). Une seconde étude indique que les femmes qui ont éprouvé de l'abus sexuel dans l'enfance et de la violence sexuelle par leur partenaire intime montrent une humeur dépressive plus marquée et sont plus susceptibles de développer une dépression majeure à l'âge adulte (Schumm, Briggs-Philips et Hobfoll, 2006).

2.2 Maltraitance

2.2.1 Définition

La maltraitance à l'enfance correspond aux diverses formes de violence commises sur des individus de moins de dix-huit ans et comprend l'abus physique, l'abus psychologique ou émotionnel, l'abus sexuel et la négligence (Trocmé et Wolfe, 2001). L'*Organisation mondiale de la Santé* (2006) définit les différentes formes de maltraitance à l'enfance comme suit :

On entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien

des actes de violence envers des enfants sont inigés à la maison dans le but de punir. La violence psychologique est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile. On entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime. La négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé; education; développement affectif; nutrition; foyer et conditions de vie en sécurité.

Au Canada, Trocmé et Wolfe (2001) suggèrent une définition équivalente, mais plus concise des différentes formes de maltraitance à l'enfance :

L'abus physique se caractérise par l'utilisation délibérée de la force contre n'importe quelle partie du corps de l'enfant, pouvant entraîner ou ayant entraîné une blessure non accidentelle en secouant, étouffant, mordant, donnant des coups de pied, brûlant, empoisonnant ou maintenant sous l'eau un enfant; l'abus psychologique ou émotionnel fait référence à de la violence qui nuit au sentiment que l'enfant a de lui-même et se traduit par des actes ou des omissions de la part des parents ou des personnes prenant soin de l'enfant, qui ont causé ou qui pourraient causer de graves troubles comportementaux, cognitifs, affectifs ou mentaux; l'abus sexuel se définit par des attouchements ou caresses des organes génitaux de l'enfant, relations sexuelles avec l'enfant, inceste, viol, sodomie, exhibitionnisme et exploitation commerciale par la prostitution ou la production de documents pornographiques; la

négligence, quant à elle, se manifeste lorsque les parents ou les personnes qui en prennent soin ne procurent pas à l'enfant ce dont il a besoin pour son développement affectif, psychologique et physique.

2.2.2 Prévalence et incidence

Une enquête mondiale indique qu'entre 500 millions et 1,5 milliard d'enfants sont victimes de différentes formes de maltraitance chaque année (Humanium, 2012). Au Canada, la maltraitance à l'enfance représente un important motif de signalement et d'enquête (Trocmé et Wolfe, 2001). En effet, les taux d'incidence des motifs d'enquêtes des cas de maltraitance se chiffrent à 40 % pour la négligence, à 31 % pour la violence physique, à 19 % pour la violence psychologique et à 10 % pour l'abus sexuel (Trocmé et Wolfe, 2001). Au Québec, la prévalence de la maltraitance envers les enfants s'élève à 22 % pour la violence physique, à 16 % pour la violence psychologique et à 14 % pour la violence sexuelle (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, 2006). Ces taux dressent un portrait significatif et préoccupant de la maltraitance à l'enfance au Canada et au Québec. Toutefois, ceux-ci pourraient être relativement plus imposants dans la réalité puisque certains signalements sont rejetés par manque de preuves irréfutables ou sont tout simplement inexistantes par l'absence de signalements de la part des proches témoins (Clément, Chamberland et Trocmé, 2009; Tourigny, Mayer, Hélie, Wright et Trocmé, 2001).

2.2.3 Maltraitance et symptômes psychologiques

Quelques études soulignent l'implication d'une histoire de maltraitance sur la sévérité des symptômes psychologiques à l'âge adulte (Astin, Ogland-Hand, Coleman et Foy, 1995; McCauley *et al.*, 1995). Cependant, il semble ne pas y avoir de consensus entre les différentes études concernant les formes de maltraitance qui y sont plus spécifiquement associées. Certaines indiquent que les symptômes de stress post-

traumatique seraient plus fortement liés à l'abus physique (Filipas et Ullman, 2006; Gibb, Chelminski et Zimmerman, 2007; Weissmann wind et Silvern, 1994), et d'autres également à l'abus émotionnel, à l'abus sexuel et à la négligence (Aspelmeier, Elliott et Smith, 2007; Becker, Stuewig et McCloskey, 2010; Reich, Winternitz, Hennen et Stanculescu, 2004; Yehuda, Halligan et Grossman, 2001). Les symptômes de dépression seraient quant à eux plus fortement reliés à l'abus émotionnel et à la négligence (Spertus, Yehuda, Wong, Halligan et Seremetis, 2003), mais également à l'abus sexuel (Gladstone *et al.*, 2004). Indépendamment des formes de maltraitance éprouvées, la polyvictimisation serait fortement associée au développement de symptômes psychologiques (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). Par exemple, les femmes qui ont vécu de multiples formes de victimisation au cours de l'enfance présenteront généralement, à l'âge adulte, des scores plus élevés aux symptômes de dépression que celles qui en ont vécu qu'une seule forme (Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier, et Alexander, 2009). Ces écrits scientifiques confirment l'influence de l'expérience de la maltraitance sur la santé mentale à long terme. Néanmoins, la maltraitance peut affecter à plus court terme l'enfant qui l'a subie, notamment dans le processus par lequel une personne développe sa capacité à identifier, à exprimer, à inhiber ou à modifier ses émotions en réponse à une situation donnée. Ce processus se nomme la régulation des émotions (Krauth-Gruber, 2009).

2.2.4 Maltraitance et régulation des émotions

De nombreux modèles développementaux proposent que la maltraitance en tant que trauma dans l'enfance est associée à la difficulté à moduler efficacement ses émotions chez les enfants et plus tard chez les adultes (Brière et Jordan, 2009; Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007; Sullivan, Meese, Swan, Mazure et Snow, 2005; Taylor et Bagby, 2013). Par exemple, dans un contexte où la maltraitance est subie de façon répétitive et continue, l'enfant peut développer certains mécanismes lui permettant de

transformer le sens des événements subis (par exemple, conserver l'illusion de parents présents et responsables) et de se dissocier du monde des affects (Brière et Jordan, 2009; Herman, 1992). En mettant en place ce type de mécanisme, l'enfant évite de prendre pleinement conscience des situations difficiles vécues et parvient à faire face à cette réalité insupportable (Brière et Jordan, 2009; Herman, 1992). Dans ces circonstances, celui-ci pourrait alors exprimer de grandes difficultés pouvant aller jusqu'à une incapacité chronique à répondre à des situations à l'aide de comportements adéquats (van der Kolk et Fisler, 1994). Selon Jungmeen et Cicchetti (2010), l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence seraient plus spécifiquement en cause et plus ces formes de maltraitance seraient vécues à un jeune âge, plus des lacunes quant à la régulation des émotions seraient observées. De même, un enfant ayant subi plusieurs formes de maltraitance risque de présenter une régulation davantage déficitaire que celui qui n'en a subi qu'une seule (Jungmeen et Cicchetti, 2010). Ainsi, un environnement familial dysfonctionnel et négligent aurait un rôle considérable à jouer dans l'apprentissage de la gestion et de la modulation de ses émotions (Berenbaum, 1996; Kench et Irwin, 2000).

Selon quelques études, les problèmes de régulation des émotions, comme conséquences de la maltraitance, seraient impliqués dans la présence des symptômes psychologiques à l'âge adulte. L'étude de Berenbaum (1996), portant sur des populations cliniques adultes, démontre que les personnes qui ont vécu de la maltraitance seraient plus à risque de présenter des troubles de santé mentale en raison de leur moins grande habileté à identifier leurs émotions. Une autre étude portant également sur une population clinique adulte indique plus spécifiquement que l'alexithymie serait un médiateur de la relation entre la maltraitance et la santé mentale à l'âge adulte (Paivio et McCulloch, 2004; Thomas, DiLillo, Walsh et Polusny, 2011).

2.3 Alexithymie

2.3.1 Description, définition et fondements

Le concept d'alexithymie a été introduit par Sifneos en 1973 et a été adopté dans le lexique langagier à cette même époque. Ce terme dérivé du grec exprime « l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots » ou « l'absence de mots pour les émotions » (Corcos et Pirlot, 2011). Précisément, l'alexithymie regroupe quatre dimensions et se définit principalement par : « (1) une difficulté à identifier ses émotions; (2) une difficulté à exprimer ses émotions; (3) une vie imaginaire pauvre; (4) et une pensée opératoire orientée vers l'extérieur plutôt que sur les sensations émotionnelles internes » (Taylor, Bagby et Parker, 1997).

Cette notion a d'abord été élaborée dans le but de décrire cliniquement le fonctionnement psychique de patients éprouvant des troubles de type psychosomatique (Corcos et Pirlot, 2011). Depuis, l'alexithymie est admise et considérée comme un trait de personnalité (Martinez-Sanchez, Ato-Garcia, Corcoles Adam, Huedo Medina et Selva Espana, 1998) exprimant un déficit cognitif dans le processus de la régulation des émotions (Taylor, Bagby et Parker, 1997). Au-delà des troubles somatiques, ce déficit cognitif est fréquemment observé chez les personnes ayant d'autres troubles tels que l'abus de substances, l'anorexie, la boulimie, la personnalité limite, l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique (Taylor, Bagby et Parker, 1997). Bien que l'alexithymie puisse être évaluée à l'aide d'un score clinique, elle est usuellement évaluée sur un continuum sur lequel la population générale se distribue normalement (Luminet, 2008).

Des théories expliquent que la structure des traits alexithymiques se camperait dans la petite enfance (Taylor, 2000; Taylor, Bagby et Parker, 1997; Sifneos, 1996). Le

développement de l'identification, de la reconnaissance et de la symbolisation des affects se construit et se consolide dès les premières années de la vie (Corcos et Pirlot, 2011; Corcos et Speranza, 2003). Dans la relation avec ses parents, l'enfant apprend à vivre ses émotions, à les reconnaître, à les exprimer, mais également à les mentaliser afin de leur donner un sens (Corcos et Speranza, 2003). Cette relation lui apprend alors à faire face aux différentes émotions ressenties, à les gérer efficacement et à adopter des comportements appropriés dans ses interactions en réponse à ses états émotionnels (Corcos et Speranza, 2003). Les premières expériences d'attachement aux personnes significatives et leur rôle en tant que modèles ont une importance dans le développement de l'alexithymie (Berenbaum et Prince, 1994). Des lacunes concernant l'investissement parental et la dynamique familiale (Montebarocci, Codispoti, Baldaro et Rossi, 2004), des troubles sur le plan de l'attachement (par exemple, un style d'attachement non sécurisant) (Troisi, D'Argenio, Peracchi, et Petti, 2001) et l'expérience d'événements traumatiques (Paivio et McCulloch, 2004) au cours de l'enfance ont pour effet d'accroître le risque de développer ce trait de personnalité.

2.3.2 Maltraitance et alexithymie

L'alexithymie serait susceptible de se développer à la suite de traumatismes psychologiques importants chez l'enfant, comme la maltraitance, avant que celui-ci puisse penser, comprendre et distinguer sur le plan psychique les différents états émotionnels (Krystal, 1988). La maltraitance exposerait également l'enfant à un environnement où les figures d'attachement disposent d'une pauvre réceptivité affective et négligent ses besoins, notamment dans la communication, la validation et la rétroaction de ses émotions (Berenbaum et James, 1994; Berenbaum et Prince, 1994). Cet environnement rend ainsi l'enfant à risque de développer de l'alexithymie

comparativement à un enfant qui ne connaît pas un tel environnement (Gaher, Arens et Shishido, 2013).

Quoique le lien entre la maltraitance et l'alexithymie soit empiriquement démontré, il semble qu'il n'y ait pas de consensus quant aux formes de maltraitance qui y sont associées. Certains auteurs soulignent que l'alexithymie est spécifiquement reliée à l'abus émotionnel (Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik et Oncu, 2011; Hund et Espelage, 2006) ou à l'abus sexuel (McLean, Toner, Jackson, Desrocher et Stuckless, 2008; Polusny, Dickinson, Murdoch et Thuras, 2008) et d'autres, à plusieurs formes telles que l'abus émotionnel, l'abus physique et la négligence (Paivio et McCulloch, 2004) ou l'abus physique et l'abus émotionnel (Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 2001). Par ailleurs, la cooccurrence des formes de maltraitance augmenterait la sévérité de l'alexithymie. Selon Evren et ses collègues (2011), les personnes qui ont subi au moins deux formes de maltraitance présentent des niveaux plus élevés d'alexithymie comparativement à celles qui en ont subi qu'une seule. La gravité de la maltraitance serait également un facteur à considérer dans la présence de l'alexithymie à l'âge adulte, notamment pour l'abus émotionnel et la négligence (Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik & Oncu, 2011). Il demeure que la spécificité des formes de maltraitance reliées à l'alexithymie doit être davantage explorée.

2.3.3 Alexithymie et symptômes psychologiques

Comme en témoignent les études, les manifestations de l'alexithymie amènent une vulnérabilité à présenter des symptômes psychologiques importants à l'âge adulte (Thomas, DiLillo, Walsh et Polusny, 2011; Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 2001). De nombreuses personnes souffrant de stress post-traumatique montrent également des signes d'alexithymie (Frewen *et al.*, 2008; Zahradnik, Stewart, Marshall, Schell et Jaycox, 2009; Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 2001). Plus spécifiquement, elles

auraient tendance à exprimer avec difficulté leurs émotions en plus d'avoir une faible habileté à les comprendre et à les réguler (Frewen *et al.*, 2008). Chez une population de femmes ayant subi de l'abus sexuel durant l'enfance, il semble que l'alexithymie soit un facteur déterminant à considérer dans l'augmentation des symptômes dépressifs à l'âge adulte (Thomas, DiLillo, Walsh et Polusny, 2011). Les personnes atteintes de dépression, tout comme celles atteintes d'un trouble de stress post-traumatique, seraient plus sujettes à démontrer une difficulté à extérioriser et à verbaliser leurs émotions (Bankier, Aigner et Bach, 2001) ou à identifier et à décrire leurs émotions (Allen, Lu, Tsao, Hayes et Zeltzer, 2011). Sous certaines conditions, les personnes alexithymiques sont ainsi plus susceptibles de manifester des signes de stress post-traumatique et de dépression (Grabe, Spitzer et Freyberger, 2004).

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

Afin de situer les relations entre les notions abordées, le modèle du traumatisme complexe et le concept de polyvictimisation sont ceux qui sous-tendent la présente étude et ses fondements. Le modèle intégrateur du traumatisme complexe a été particulièrement exploré et approfondi par Judith Lewis Herman au début des années 1990 en vue de distinguer le trouble de stress post-traumatique complexe du trouble de stress post-traumatique simple. Comparativement au trouble de stress post-traumatique complexe, le trouble de stress post-traumatique provenant d'un trauma simple n'explique pas certaines pathologies dues à la récurrence de traumatismes et à la complication symptomatologique (Roberge, 2011). Le concept de polyvictimisation a été initialement évoqué par David Finkelhor (2005) pour expliquer la symptomatologie des traumatismes liée à la victimisation multiple.

3.1 Modèle du traumatisme complexe (Herman, 1992)

Le syndrome de stress post-traumatique complexe (Herman, 1992) est un modèle qui présente les différentes répercussions psychologiques et interpersonnelles que peut générer l'expérience d'événements traumatisants et qui décrit le fonctionnement global des personnes qui ont été exposées à ces événements de façon répétée et prolongée. La maltraitance à l'enfance est l'un des traumatismes prédisposant l'enfant qui en est victime à développer ce type de syndrome. Ce syndrome se caractérise par la présence de certains troubles, comme le trouble de l'attachement et d'importantes carences affectives. Par conséquent, l'exposition chronique à des situations

traumatiques telles que la maltraitance à l'enfance prédispose les enfants à manifester ces troubles (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola, 2005) et à présenter des symptômes psychologiques qui y sont associés (Roberge, 2011).

À l'origine, le modèle propose que l'existence du traumatisme complexe découle d'une organisation sociale acceptant l'abus et l'exploitation d'individus soumis à l'intérieur de leurs relations intimes et interpersonnelles. Une forme de « contrôle coercitif » est instaurée dans ces relations (Herman, 1992). Ces individus sont ainsi constamment sous l'emprise et la « domination d'un agresseur » (Roberge, 2011). Cette disposition sociale décrite par le modèle représente avec pertinence la dynamique qui réside dans un environnement où l'enfant est victime de maltraitance au sein de sa famille et où l'adulte responsable symbolise le dominateur agresseur. Dans ces circonstances, une série de manifestations associées au traumatisme complexe peuvent apparaître chez l'enfant en altérant son fonctionnement global : difficulté à réguler ses émotions; impulsions (pensées suicidaires, autodestruction, etc.); modification de l'attention et de la concentration (dissociation, dépersonnalisation, etc.); somatisation (douleurs chroniques, troubles digestifs, etc.); déformation de la perception de soi (culpabilité, honte, etc.); distorsion de la perception de l'agresseur (idéalisation, croyances erronées, etc.); complexité dans les relations avec autrui (difficulté à faire confiance, etc.); transformation du système de pensées (désespoir, perte de croyances, etc.) (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola, 2005). À long terme, ce spectre de manifestations a pour effet d'accroître les risques de subir à nouveau de la violence dans les relations intimes à l'âge adulte (Cook *et al.*, 2005; Herman, 1992; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday et Spinazzola, 2005). Conséquemment, une personne qui a éprouvé de la maltraitance au cours de l'enfance a vraisemblablement été exposée à divers traumatismes l'affectant sur différentes dimensions de sa vie qui la rend par la suite à risque d'en subir davantage. De même, en raison de la nature et de la persistance de la

symptomatologie du stress post-traumatique complexe, la concomitance de ce syndrome avec la dépression est fréquente. Ainsi, l'exposition répétée à des événements traumatiques, avec les conséquences qu'elle génère, amène une certaine vulnérabilité à revivre ultérieurement l'expérience de la violence.

3.2 Concept de polyvictimisation (Finkelhor, 2005)

Le terme « polyvictimisation » est un concept qui présente les effets psychologiques de la violence intrafamiliale (maltraitance) et extrafamiliale (activités criminelles, victimisation par les pairs, exposition à la violence) subie de façon simultanée (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). En s'attardant plus spécifiquement à la maltraitance à l'enfance, Finkelhor et ses collègues soulignent qu'un enfant qui a vécu plusieurs formes d'abus comparativement à un enfant qui n'en a vécu qu'une seule est plus susceptible de manifester, au fil du temps, des symptômes exprimant un trauma important (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). Cette condition psychologique augmente la vulnérabilité d'être à nouveau exposé à de la violence. Une faible estime de soi, un sentiment général d'impuissance et une distorsion des cognitions sont d'autres répercussions observées chez les personnes qui ont subi durant l'enfance une multitude de mauvais traitements et celles-ci contribuent au risque de revictimisation (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007a).

Divers facteurs expliqueraient le contexte dans lequel prend origine ou non la polyvictimisation. Un environnement familial dépourvu d'une éducation adéquate et un attachement déficient aux parents seraient particulièrement concernés (Perry, Hodges et Egan, 2001). Un engagement dans des relations sociales malsaines et une implication dans des occupations de nature criminelle seraient d'autres éléments à considérer (Outlaw, Ruback et Britt, 2002). En revanche, une forte personnalité, des capacités d'adaptation et un cadre social équilibré seraient des facteurs ayant

tendance à prémunir les enfants de la polyvictimisation (Fergusson et Horwood, 2003; Hodges, Boivin, Vitaro et Bukowski, 1999; Ladd et Skinner, 2002; Schwartz et Proctor, 2000).

3.3 Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire est de documenter les relations entre la maltraitance à l'enfance, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression ainsi que l'effet médiateur de l'alexithymie sur ces relations. Plus spécifiquement, cette étude vise à : (1) établir la fréquence des différentes formes de maltraitance, des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes de dépression chez les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement; (2) explorer l'association entre la maltraitance, la violence subie par le partenaire à l'âge adulte, l'alexithymie et les symptômes psychologiques chez cette population; (3) investiguer la contribution de la maltraitance et du cumul des différentes formes de maltraitance sur la sévérité de l'alexithymie et des symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte; (4) documenter l'effet indirect de la maltraitance sur les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression par l'entremise de l'alexithymie.

Au regard de ces objectifs, les hypothèses suivantes sont proposées : (1) les femmes ayant eu recours aux services de maisons d'hébergement présentent une fréquence élevée des différentes formes de maltraitance, des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes de dépression; (2) il y a une association entre la maltraitance, la violence subie par le partenaire à l'âge adulte, l'alexithymie et les symptômes psychologiques; (3) la maltraitance et le cumul de ses différentes formes contribuent à des niveaux plus élevés d'alexithymie et de symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte; (4) la maltraitance a un effet indirect sur

les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression par l'entremise de l'alexithymie.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 Participantes

L'échantillon était composé de 152 femmes provenant de 30 maisons d'hébergement de Montréal et de ses environs ainsi que de l'Ontario. Les participantes avaient en moyenne 39,9 ans, avaient été en relation pendant environ 11,1 ans, avaient en moyenne 1,8 enfant et détenaient pour la majorité d'entre elles un diplôme d'études secondaires (87,4 %). Dans cet échantillon, 75,7 % étaient Caucasiennes, 6,6 % étaient Latino-Américaines, 5,9 % étaient Afro-Américaines et 11,8 % étaient d'une origine ethnique autre (Autochtone, Asiatique, Arabe, etc.).

4.2 Procédure

Les participantes ont été recrutées sur une base volontaire parmi une trentaine de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et familiale. Une personne-ressource travaillant au sein des différentes maisons d'hébergement informait les femmes de l'existence de l'étude. Les femmes intéressées communiquaient directement avec les membres du projet après avoir obtenu les coordonnées de la part des personnes-ressources. Au besoin, les personnes-ressources avisaient les membres du projet pour que ceux-ci communiquent avec les femmes intéressées. Au moment où un des membres du projet communiquait avec une femme, il évaluait l'admissibilité et l'intérêt de celle-ci à participer à l'étude et, le cas échéant, il lui assignait une rencontre pour effectuer la passation du questionnaire.

L'administration du questionnaire était réalisée dans les locaux de l'UQAM ou à la maison d'hébergement où résidait la participante. L'expérimentatrice demeurait présente avec la participante tout au long de la passation et une période d'échange et de questions était allouée à la fin. L'établissement d'un profil clinique sommaire des participantes était également proposé aux intervenantes des maisons d'hébergement avec l'accord des femmes. Une compensation financière de vingt dollars était attribuée à chacune des participantes.

4.3 Instruments de mesure

Symptômes de stress post-traumatique. Le *Modified PTSD Symptom Scale (MPSS)* élaboré par Falsetti, Resnick, Resick et Kilpatrick (1993), traduit et validé en français par Guay, Marchand, Iucci et Martin (2002) a été utilisé pour évaluer les symptômes de stress post-traumatique. Ce questionnaire mesure la présence, la fréquence et la sévérité des symptômes de l'état de stress post-traumatique. Ce questionnaire comprend 17 items permettent d'évaluer les reviviscences (5 items), l'évitement (7 items) et l'activation neurovégétative (5 items). La fréquence des symptômes de stress post-traumatique est évaluée à partir d'une échelle de Likert en 4 points de 0 à 3 (0 : *pas du tout*; 1 : *1 fois par semaine ou moins/un petit peu/une fois de temps en temps*; 2 : *2 à 4 fois par semaine/assez/la moitié du temps*; 3 : *5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours*). La sévérité des symptômes de stress post-traumatique est divisée sur une échelle de Likert en 5 points allant de A à E (A : *Pas du tout perturbant*; B : *Un peu perturbant*; C : *Modérément perturbant*; D : *Très perturbant*; E : *Extrêmement perturbant*). Un score global est obtenu en additionnant le score de fréquence et de sévérité pour chacun des 17 items. Ce score global se situe entre 0 et 88. Le seuil d'un score élevé de symptômes post-traumatiques est établi à 51 (Guay, Marchand, Iucci et Martin, 2002). Pour cette étude, le coefficient de cohérence interne est de .97

Symptômes de dépression. Les symptômes de dépression ont été mesurés avec le *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* (Beck, Steer et Brown, 1996). Ce questionnaire évalue la sévérité des symptômes physiologiques, motivationnels, cognitifs et affectifs caractéristiques de la dépression en 21 items. Ces items sont répartis sur une échelle de Guttman allant de 0 à 3 où les participantes devaient indiquer l'énoncé qui décrivait le plus fidèlement leur état au cours des deux dernières semaines. Un score global est obtenu en additionnant le score obtenu pour chacun des 21 items. Le seuil d'un score élevé de symptômes dépressifs est établi à 20 (Dozois, Dobson et Ahnberg, 1998). Pour cette étude, le coefficient de cohérence interne est de .91.

Maltraitance à l'enfance – abus physique, abus émotionnel, abus sexuel et négligence. Les différentes formes de maltraitance ont été évaluées à l'aide du *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)* élaboré par Bremner, Vermetten et Mazure (2000), traduit et validé en français par Cyr et Hébert (2009). Ce questionnaire mesure l'histoire d'événements traumatiques vécus à l'enfance (avant 18 ans), incluant l'abus sexuel, et à l'âge adulte (après 18 ans). Celui-ci mesure également l'abus physique, l'abus émotionnel et la négligence perpétrée par une figure maternelle et/ou paternelle avant l'âge de 18 ans. Le questionnaire est divisé en deux sections et contient 41 items en tout (section 1 sur l'histoire des événements traumatiques vécus avant et après 18 ans : 14 items x 2; section 2 sur la maltraitance à l'enfance : 13 items). Les items sont de type dichotomique (*oui ou non*). Pour chacune des formes de maltraitance, un score global est calculé en fonction du nombre d'items endossé (5 items pour l'abus physique, 5 items pour l'abus émotionnel, 3 items pour la négligence et 1 item pour l'abus sexuel). Pour considérer qu'une femme a été victime d'une des formes de maltraitance, un seul item doit être endossé. Pour cette étude, les coefficients de cohérence interne sont de .81 pour l'abus physique, .89 pour l'abus émotionnel et .59 pour la négligence.

Violence par le partenaire à l'âge adulte – physique, psychologique et sexuelle. Pour mesurer les différentes formes de violence subie à l'âge adulte, le *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996), traduit et validé en français par Hébert (1997), a été utilisé. Ce questionnaire comporte 78 items. Il évalue la fréquence des comportements violents et de négociation subis (39 items) ainsi que les comportements violents et de négociation perpétrés (39 items) au sein d'une relation amoureuse. Pour cette étude, l'échelle de la violence physique subie (12 items), l'échelle de la violence psychologique subie (8 items) et l'échelle de la violence sexuelle subie (7 items) ont été considérées. Les items sont distribués sur une échelle de Likert en 7 points correspondant à la fréquence des épisodes de violence subis ou perpétrés au cours de la dernière année ($0 = \text{jamais}$ à $6 = \text{plus de 20 fois}$). Le score global quant à la quantité d'actes de violence subis et perpétrés est obtenu en transformant d'abord les scores aux sous-échelles de fréquence en points milieux pour ensuite les additionner (par exemple, le point milieu pour la catégorie de 3 à 5 fois est établi à 4). Pour cette étude, les coefficients de cohérence interne sont de .88 pour la violence physique, .75 pour la violence psychologique et .87 pour la violence sexuelle.

Alexithymie. Pour évaluer l'alexithymie, le *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, développé par Bagby, Parker et Taylor (1994), traduit et validé en français par Loas, Fremaux et Marchand (1995), a été utilisé. Ce questionnaire mesure le degré d'accord en fonction des 20 items distribués sur une échelle de Likert en 5 points ($1 : \text{Fortement en désaccord}$; $2 : \text{Passablement en désaccord}$; $3 : \text{Ni en désaccord, ni en accord}$; $4 : \text{Passablement en accord}$; $5 : \text{Fortement en accord}$). Les 20 items sont répartis sous 3 échelles correspondant à trois grandes dimensions de l'alexithymie, soit la difficulté à identifier ses affects (7 items), la difficulté à décrire ses affects (5 items) et l'orientation de la pensée opératoire (8 items). Un score global est obtenu en additionnant le score pour chacun des 20 items. Le seuil d'un score élevé pour

l'alexithymie est établi à 61 (Taylor, Bagby et Parker, 1997). Pour cette étude, les coefficients de cohérence interne sont de .81 pour la difficulté à identifier ses affects, .71 pour la difficulté à décrire ses affects et .53 pour l'orientation de la pensée opératoire. L'échelle de l'orientation de la pensée opératoire n'a pas été incluse dans les régressions hiérarchiques en raison de son très faible coefficient de cohérence interne.

4.4 Plan d'analyses statistiques

Afin d'obtenir les informations socio-démographiques et de tester la première hypothèse proposant que les femmes en maison d'hébergement présentent une fréquence élevée des différentes formes de maltraitance et des symptômes psychologiques, des analyses descriptives ont été exécutées. Pour vérifier la deuxième hypothèse suggérant une association entre la maltraitance, la violence subie par le partenaire à l'âge adulte, l'alexithymie et les symptômes psychologiques, des corrélations de Pearson ont été effectuées. Une analyse de variance multivariée a été calculée pour tester la troisième hypothèse proposant que la maltraitance et le cumul de ses différentes formes contribuent à des niveaux plus élevés d'alexithymie et de symptômes psychologiques à l'âge adulte. Des régressions hiérarchiques ont été réalisées afin de vérifier la dernière hypothèse avançant que la maltraitance a un effet indirect sur les symptômes psychologiques par l'entremise de l'alexithymie. Les violences physique, psychologique et sexuelle subies par le partenaire à l'âge adulte ont été ajoutées à ces analyses en tant que variables contrôles. Enfin, à l'aide du programme de Preacher et Leonardelli (2005), un test de Sobel a été exécuté afin de déterminer si l'effet indirect de la maltraitance sur les symptômes psychologiques par l'entremise de l'alexithymie était statistiquement significatif. Cette dernière étape est nécessaire seulement lorsque les résultats des régressions hiérarchiques présentent une médiation.

4.5 Éthique

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste antérieurement réalisé par Sophie Boucher, professeure agrégée au département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal. Ce projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIÉR) de l'Université du Québec à Montréal (No 061522) (voir l'appendice A).

CHAPITRE V

MENTAL HEALTH PROBLEMS OF WOMEN EXPOSED TO INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN QUEBEC: CONTRIBUTION OF CHILDHOOD MALTREATMENT AND ALEXITHYMIA

Manuscrit soumis à la revue *Child Abuse & Neglect* (voir Appendice D)

Abstract

The objective of this study is to document the direct effect of alexithymia in the relationship between different forms of childhood maltreatment (physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, and neglect) and the posttraumatic stress and depressive symptoms in women reporting a history of intimate partner violence (IPV). In order to do so, 152 women victims of IPV and using the services of shelters in Quebec's province responded to the Modified PTSD Symptom Scale, the BDI-II, the Early Trauma Inventory, the Revised Conflict Tactics Scales, and the Toronto Alexithymia Scale. A multivariate analysis of variance indicated that polyvictimization was associated with greater difficulty in identifying one's emotions and with more severe psychological symptoms. Hierarchical regression analyses indicated that physical abuse and sexual abuse in childhood were associated with increased posttraumatic and depressive symptoms in adulthood beyond the effects of recent intimate partner violence. Moreover, the effect of childhood physical abuse (but not sexual abuse) was indirect through difficulty identifying feelings. Results are discussed in light of the impact of childhood maltreatment on regulation processes and psychological symptoms in a population of women victims of partner abuse.

Keywords : childhood maltreatment, women's shelter, revictimization, posttraumatic stress disorder, depression, alexithymia

MENTAL HEALTH PROBLEMS OF WOMEN EXPOSED TO INTIMATE
PARTNER VIOLENCE IN QUEBEC: CONTRIBUTION OF CHILDHOOD
MALTREATMENT AND ALEXITHYMIA

Childhood maltreatment is recognized as a phenomenon leading to considerable adverse psychological consequences, including, posttraumatic stress and depressive symptoms in adulthood (Gladstone et al., 2004; Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier, & Alexander, 2009; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan, & Seremetis, 2003; Sullivan, Meese, Swan, Mazure, & Snow, 2005), which may be exacerbated by subsequent traumas (Banyard, Williams, & Siegel, 2001). Among these subsequent traumas, it has been demonstrated in the general population that childhood maltreatment is associated with an increased risk of revictimization by a partner in adulthood (Coid et al., 2001; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002; DiLillo, Giuffre, Tremblay, & Peterson, 2001; Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003). However, few studies have documented the history of childhood maltreatment in a population having experienced as chronic and severe trauma as women using shelter services for experiencing intimate partner violence (IPV). The majority of these women report past victimization experiences (Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996) in addition to presenting higher levels of posttraumatic stress and depressive symptoms (31 to 84 %) than the general population (Cascardi, O'Leary, & Schlee, 1999). In addition to the IPV, childhood maltreatment could have a significant impact on the presence of these symptoms in adulthood, but, to this date, there has been little investigation on the mechanisms involved in this relationship. One of the mechanisms offered to explain this relationship is the impact of childhood maltreatment on the ability to regulate emotions (Berenbaum, 1996). Thus, this study aims to document the frequency of maltreatment experiences among women using shelter services for IPV in Quebec, investigate the cumulative and distinctive effects of childhood victimization and subsequent experiences of IPV on the mental health, and to verify if

the effect of childhood maltreatment on mental health can be explained through its effect on the capacity to identify and express emotions.

Childhood maltreatment usually includes physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, and neglect. Physical abuse is characterized by “physical contact, constraint or confinement with the intention to hurt or injure”; psychological or emotional abuse implies “verbal communication with the intention to humiliate or debase the victim”; sexual abuse is defined by “inappropriate sexual comments or contacts with the sole purpose of satisfying the perpetrator or dominating or debasing the victim”; and neglect refers to “the emotional, psychological and physical needs necessary for the child’s development not being met by those caring for them” (Bremner, Vermetten, & Mazure, 2000; Trocmé & Wolfe, 2001). In Quebec, the prevalence of child abuse rises to 22 % for physical violence, 16 % for psychological violence and 14 % for sexual violence (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006), which is comparable to levels reported in other North American studies (e.g., Trocmé & Wolfe, 2001). In a population consulting for sexual difficulties, 66 % reported emotional abuse, 61 % reported physical abuse, 34 % reported sexual abuse, and 31 % reported physical or emotional neglect (Berthelot et al., 2014).

Some authors underline the considerable impact of all forms of childhood maltreatment on the severity of psychological symptoms in adulthood including posttraumatic stress disorder and depression (Astin, Ogland-Hand, Coleman, & Foy, 1995; McCauley et al., 1995). However, most studies do not include all forms of childhood maltreatment and do not include posttraumatic stress disorder and depression therefore leaving some ambiguity in which forms of childhood maltreatment are strongly associated with one or both of these psychological problems. Moreover, the relative impact of childhood maltreatment and adult traumas on current depression is rarely investigated. Some authors suggest that it is not the

intensity of abuse that is the most detrimental, but rather the accumulation of multiple forms of abuse (Cloitre et al., 2009).

Several developmental models suggest that childhood maltreatment could lead to difficulties in modulating emotions in children and later in adulthood (Brière & Jordan, 2009; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Sullivan, Meese, Swan, Mazure, & Snow, 2005; Taylor & Bagby, 2013) and that these difficulties may contribute to mental health problems (Cloitre et al., 2009). For example, in a context where abuse is experienced repetitively and continuously, children often develop defense mechanisms, such as dissociation, in order to cope with their unbearable reality (for example, maintain the illusion of parents that are present and responsible) (Brière & Jordan, 2009; Herman, 1992). In such circumstances, the child might experience significant problems, including a chronic incapacity to respond to situations with adequate behaviours (van der Kolk & Fisler, 1994). Jungmeen and Cicchetti (2010) cite physical abuse, sexual abuse, and neglect as main predictors of emotional dysregulation. In addition, the more these types of abuse are experienced at an early age, the more deficiencies in regulating emotions are observed. Similarly, a child having experienced several types of abuse is more likely to present an even more pronounced deficiency in regulating emotions than a child who has experienced only one of these types of abuse (Jungmeen & Cicchetti, 2010). Therefore, a dysfunctional and negligent family environment can play a major role in how one learns to manage and modulate one's emotions (Berenbaum, 1996; Kench & Irwin, 2000).

As the result of the childhood maltreatment, problems regulating one's emotions would be involved in the presence of psychological symptoms in adulthood. In adult clinical populations, those having experienced abuse would be at greater risk of presenting mental health problems due to a lesser ability in identifying and describing their emotions (Berenbaum, 1996; Paivio & McCulloch, 2004; Thomas, DiLillo,

Walsh, & Polusny, 2011). These difficulties are characteristic of alexithymia, a deficiency in the cognitive regulation of emotions (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). This cognitive deficiency is characterized by difficulty identifying one's emotions; difficulty expressing one's emotions; poor imagination; and thought processes oriented outwards rather than on internal feelings (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). According to the conceptual framework of emotion regulation from Gross (2008), alexithymia could interfere in the different mechanisms of emotional process, which are: situation selection; situation modification; attentional deployment; cognitive change; and response modulation. Considering, for example, that the attentional deployment requires the ability to control the emotional impact, the reappraisal requires the ability to give a different emotional significance to a situation, and the response modulation requires ability to change the thoughts that are associated with emotions, an emotional cognitive deficit makes difficult the effective use of these mechanisms.

Generally considered to be a personality trait (Martinez-Sanchez, Ato-Garcia, Corcoles Adam, Huedo Medina, & Selva Espana, 1998), alexithymia can develop in the wake of psychological trauma, such as childhood maltreatment, interfering with the capacity to think, to understand, and to distinguish between different emotional states (Krystal, 1988). Childhood maltreatment also exposes the child to an environment in which attachment figures show a lack of affective receptivity and neglect the child's needs, notably in communicating and validating his emotions (Berenbaum & James, 1994; Berenbaum & Prince, 1994), putting him at risk of developing alexithymia (Gaher, Arens, & Shishido, 2013). As for the childhood maltreatment associated with alexithymia, there does not seem to be any consensus. Certain studies show that alexithymia is related to emotional abuse (Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik, & Oncu, 2011; Hund & Espelage, 2006), to sexual abuse (McLean, Toner, Jackson, Desrocher, & Stuckless, 2008; Polusny, Dickinson,

Murdoch, & Thuras, 2008), to physical and emotional abuse (Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001), or to compounded forms of abuse such as emotional abuse, physical abuse, and neglect (Paivio & McCulloch, 2004). Therefore, the specificity of the forms of childhood maltreatment associated with alexithymia therefore remains to be investigated.

Under certain conditions, alexithymic individuals are more susceptible to develop signs of posttraumatic stress and depression (Grabe, Spitzer, & Freyberger, 2004). In fact, manifestations of alexithymia create vulnerability for the presentation of important psychological symptoms in adulthood. (Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001; Thomas, DiLillo, Walsh, & Polusny, 2011). As well, many individuals presenting posttraumatic stress also present signs of alexithymia (Frewen et al., 2008; Zahradnik, Stewart, Marshall, Schell, & Jaycox, 2009; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001). More specifically, they tend to experience difficulty expressing their emotions, in addition to having poor skills understanding and regulating them (Frewen et al., 2008). In one population of women having experienced sexual abuse in childhood, alexithymia seems to be a determining factor when considering the increase of depressive symptoms in adulthood (Thomas, DiLillo, Walsh, & Polusny, 2011). Individuals presenting depression, just as those presenting posttraumatic stress, would be more subject to develop difficulty in exteriorizing and verbalizing their emotions (Bankier, Aigner, & Bach, 2001) or in identifying and describing their emotions (Allen, Lu, Tsao, Hayes, & Zeltzer, 2011).

The history of childhood victimization in women using shelters services for domestic violence has received limited attention and, as noted, childhood maltreatment can increase the adverse psychological consequences of IPV. This study therefore aims to investigate the frequency of different forms of childhood maltreatment, as well as their direct and indirect effects on posttraumatic stress and depressive symptoms

through a cognitive deficit in the regulation of emotions. This study will also allow for an evaluation of the cumulative impact of traumas experienced in childhood and in adulthood in this population. More specifically, we hypothesize: (1) the battered women would present a high frequency of different forms of childhood maltreatment and psychological symptoms; (2) there would be an association between childhood maltreatment, IPV in adulthood, alexithymia, and psychological symptoms; (3) the presence of multiple forms of childhood maltreatment would have a cumulative effect on the severity of alexithymia and psychological symptoms in adulthood; (4) childhood maltreatment would have an indirect effects on psychological symptoms through alexithymia.

5.1 Method

5.1.1 Participants

The sample consists of 152 heterosexual women from 30 battered women's shelters situated in Quebec. The age of the participants varied from 20 to 76 years ($M = 39.9$, $SD = 10.9$). The majority were Caucasian (75.7 %), had a high school diploma (92.1 %) and spoke French (71.7 %). Participants had an average of 2 children ($M = 1.8$, $SD = 1.3$) and the duration of their relationship with the violent partner varied from 6 months to 51 years ($M = 12.0$, $SD = 12.8$). None of the demographic variables are significantly associated with the dependent variables.

5.1.2 Procedure

Participants were recruited from 30 shelters for women victims of domestic violence. A resource person from each different shelter informed the women of the existence of the study and those interested in participating were subsequently contacted by a

member of the research team to answer possible questions and ensure eligibility. Women interested and consenting to participate answered the questionnaire at the university or at one of the participating shelters. With the participant's consent, a summary clinical profile of their answers was offered to the shelter case workers. A financial compensation of twenty dollars was given to each participant. This study was approved by the ethical committee of the Université du Québec à Montréal.

5.1.3 Measures

Posttraumatic stress symptoms. The *Modified PTSD Symptom Scale (MPSS)* developed by Falsetti, Resnick, Resick, and Kilpatrick (1993) and the French version validated by Guay, Marchand, Iucci, and Martin (2002), were used to evaluate posttraumatic stress symptoms. This questionnaire measures the presence, frequency, and severity of posttraumatic stress disorder symptoms. It contains 17 items assessing the re-experiencing of the trauma (5 items), avoidance (7 items), and arousal (5 items). The frequencies of posttraumatic stress symptoms are listed on a 4-point Likert-type scale ranging from 0 to 3 (*0 = not at all to 3 = 5 times or more per week/often/almost always*). The severity of symptoms of posttraumatic stress is distributed on a 5-point Likert scale ranging from A to E (*A = not at all troubling to E = extremely troubling*). A global score is obtained by adding the frequency score and severity score for each of the 17 items. This global score is between 0 and .88. Threshold for a high score of posttraumatic stress symptoms is set to 51 or greater (Guay, Marchand, Iucci, & Martin, 2002). For this study, the internal consistency coefficient obtained was .97.

Depressive symptoms. Depressive symptoms were measured with the *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* (Beck, Steer, & Brown, 1996). This questionnaire evaluates the severity of psychological, motivational, cognitive, and affective

symptoms of depression over 21 items. These items are distributed on a Guttman scale ranging from 0 to 3 where participants were asked to indicate which phrase best described their condition during the last two weeks. A global score is obtained by adding the score for each of the 21 items. Threshold for a high score of depressive symptoms is set to 20 or greater (Dozois, Dobson, & Ahnberg, 1998). For this study, the internal consistency coefficient obtained was .91.

Childhood maltreatment – physical, emotional and sexual abuse and neglect. The different forms of childhood maltreatment were evaluated using the *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)* developed by Bremner, Vermetten, and Mazure (2000) and translated by Cyr and Hébert (2009). This questionnaire measures the history of traumatic events experienced in childhood (before 18 years) and in adulthood (after 18 years). For this study, only one item from the first section measuring sexual abuse was considered and the second section was used in full. The second section measures physical and emotional abuse, and neglect perpetrated by a maternal and/or paternal figure before age 18 (13 items). These items are of dichotomous type (*yes or no*). For each type of childhood maltreatment, a global score is calculated according to the number of items endorsed corresponding to the number of abuses (5 items for physical abuse, 5 items for emotional abuse, 3 items for neglect, and 1 item for sexual abuse). In order to consider that a woman has been a victim of a type of abuse, only one item must be endorsed. For this study, the internal consistency coefficients are .81 for physical abuse, .89 for emotional abuse, and .59 for neglect.

Intimate partner violence – physical, psychological and sexual violence. To measure different forms of IPV in adulthood, the *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996), translated by Hébert (1997) was used. This questionnaire includes 78 items. It evaluates the frequency of

violent behaviours and negotiations experienced (39 items) as well as violent behaviours and negotiations perpetrated (39 items) within a romantic relationship. For the current study, only victimization items were included in the analysis. These include the physical violence scale (12 items), the psychological violence scale (8 items), and the sexual violence scale (7 items). The items are distributed on a 7-point Likert scale corresponding to the frequency of violent episodes experienced or perpetrated during the last year ($0 = \text{never}$ to $6 = \text{more than 20 times}$). The global scores for the number of violent acts experienced and perpetrated are obtained by first transforming the subscale scores into mid-point and subsequently adding them (for example, the mid-point of the category 3 to 5 times is set at 4). For this study, the internal consistency coefficients are .88 for physical violence, .75 for psychological violence, and .87 for sexual violence.

Alexithymia. To evaluate alexithymia, the *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, developed by Bagby, Parker, and Taylor (1994), translated and validated by Loas, Fremaux, and Marchand (1995), was used. This French version was used in a previous study in Quebec (Pérusse, Boucher, & Fernet, 2012). This questionnaire measures the degree of agreement with the 20 items it contains and is distributed on a 5-point Likert scale ($1 = \text{highly disagrees}$ to $5 = \text{highly agrees}$). The 20 items are distributed over 3 scales corresponding to the three larger dimensions of alexithymia, which are difficulty identifying feelings (7 items), difficulty describing feelings (5 items), and externally oriented thinking (8 items). A global score is obtained by adding the scores for each of the 20 items. Threshold for a high score of alexithymia is set to 61 or greater (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). For this study, the internal consistency coefficients are .81 for difficulty identifying feelings, .71 for difficulty describing feelings, and .53 for externally oriented thinking. This later scale was not included in the hierarchical regressions due to the low internal consistency coefficient and as it did not correlate with the posttraumatic stress symptoms.

5.2 Data analysis

Descriptive analyses were undertaken in order to obtain socio-demographic information as well as frequency and averages of IPV in adulthood, childhood maltreatment, psychological symptoms, and alexithymia. A multivariate analysis of variance (MANOVA) was computed using a generalized linear model to investigate the impact of childhood maltreatment types on the increase of alexithymia and psychological symptoms. To verify potential differences between groups, a single variable analysis using Tukey's test (post hoc) was done. A Bonferonni correction was applied for each variable in order to control for type I errors. To test for an indirect effect of childhood maltreatment through alexithymia on psychological symptoms while controlling for IPV, hierarchical regressions were computed for posttraumatic and depressive symptoms. For testing the significance of an indirect effect of childhood maltreatment on psychological symptoms through alexithymia, the Sobel test was performed.

5.3 Results

5.3.1 Descriptive statistics

Table 5.1 presents descriptive statistics for all the variables under study. As expected, the participants reported high levels of psychological, physical, and sexual violence. As hypothesized, the rates of childhood maltreatment are high with the highest rates were found for emotional abuse, followed by physical abuse, sexual abuse, and neglect. Regarding the number of experiences of childhood maltreatment, 12.5 % ($n = 19$) of the women did not experience any form, 6.6 % ($n = 10$) experienced only one form, 24.3 % ($n = 37$) experienced 2 forms, 23.0 % ($n = 35$) experienced 3 forms, and 33.6 % ($n = 51$) experiences 4 forms. Our results indicate that an important

proportion of women show elevated scores for posttraumatic stress symptoms (65.1 %, n = 99) and depressive symptoms (57.2 %, n = 87).

5.3.2 Correlations

To examine the second hypothesis proposing there would be an association between childhood maltreatment, IPV in adulthood, alexithymia, and psychological symptoms, we performed a correlational analysis. Table 5.2 presents the correlations between IPV in adulthood, childhood maltreatment, alexithymia subscales, and psychological symptoms. All forms of violence in adulthood correlated, but only sexual violence were statistically associated with emotional abuse. Surprisingly, all forms of violence in adulthood were not associated with alexithymia subscales. Only, physical violence and psychological violence correlated with posttraumatic stress symptoms. Correlations were found between all forms of childhood maltreatment. All forms of childhood maltreatment were statistically associated with difficulty identifying feelings. Physical abuse and neglect were significantly associated with difficulty describing feelings. Only emotional abuse and neglect were not significantly associated to posttraumatic stress symptoms. We noticed that alexithymia subscales correlated significantly and strongly correlated with psychological symptoms. As expected, we observed a strong correlation between posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms.

5.3.3 Multivariate analysis of variance (MANOVA)

A MANOVA was performed to explore the third hypothesis proposing that the presence of multiple forms of childhood maltreatment would have a cumulative effect on the severity of alexithymia and psychological symptoms in adulthood. Table 5.3 presents results of this MANOVA through a generalized linear model with

alexithymia subscales and the psychological symptoms according to the number of forms of childhood maltreatment. We observed a statistically significant difference between all forms of childhood maltreatment and the entirety of dependent variables, $F(16, 406) = 3.07, p = .000$; Wilks' Lambda = .71; $h_p^2 = .08$. When dependent variables were considered separately with a Bonferonni correction for the signification threshold ($p < .013$), a statistically significant relationship was found for difficulty identifying feelings, $F(4, 136) = 4.88, p = .001$; $h_p^2 = .13$, difficulty describing feelings, $F(4, 136) = 3.99, p = .004$; $h_p^2 = .11$, posttraumatic stress symptoms, $F(4, 136) = 3.58, p = .008$; $h_p^2 = .10$, and depression symptoms, $F(4, 136) = 10.30, p = .000$; $h_p^2 = .23$. Also, the table shows averages that differ significantly for dependent variables in terms of the number of forms of childhood maltreatment. The average for difficulty identifying feelings differs significantly only between women having experienced 2 forms of childhood maltreatment and those having experience 4 forms of childhood maltreatment. For difficulty describing feelings, there are no significant differences in averages. The average for posttraumatic stress symptoms differs significantly between women who experienced 2 forms of childhood maltreatment and those who experienced 4 forms of childhood maltreatment. Finally, for depressive symptoms, the average differs significantly between women who did not experience any form of childhood maltreatment and those who experienced 4 forms of childhood maltreatment as well as between women who experienced 2 forms of childhood maltreatment and those who experienced 3.

5.3.4 Indirect effect of childhood maltreatment on psychological symptoms

We performed hierarchical regressions to examine the fourth hypothesis suggesting that childhood maltreatment would have an indirect effect on psychological symptoms through alexithymia. Table 5.4 describes results for these hierarchical regressions and shows that the hypothesis of indirect effect of childhood

maltreatment as partially confirmed by controlling for IPV (physical, psychological, and sexual). For posttraumatic stress symptoms, model 1 shows that physical, psychological, and sexual violence experienced in adulthood does not contribute to the variance of these symptoms. When different forms of childhood maltreatment (physical, emotional, neglect, and sexual abuse) are introduced to the model (model 2), we observe that physical abuse and sexual abuse contribute significantly to the variance of posttraumatic stress symptoms. By including alexithymia subscales in the last model (model 3), we observe that difficulty identifying feelings contributes to the presence of posttraumatic stress symptoms, but not difficulty describing feelings. In looking at the forms of childhood maltreatment in the last model, we notice that the effect of childhood physical abuse is indirect through difficulty identifying feelings, but that sexual abuse has a direct effect on posttraumatic stress symptoms. The Sobel test indicates that the indirect effect of childhood physical abuse on posttraumatic stress symptoms is statistically different from zero ($z = 3.44, p < .001$).

For depressive symptoms, the same pattern is observed. In model 1, we can see that physical, psychological, and sexual violence does not contribute to the presence of these symptoms. By introducing the four forms of childhood maltreatment (physical, emotional, sexual abuse, and neglect) into model 2, we observe that physical and sexual abuse contribute significantly to the variance of depressive symptoms. When alexithymia subscales were introduced into the last model (model 3), difficulty identifying feelings contributed to the variance of depressive symptoms, but difficulty describing feelings did not contribute. Finally, just as for posttraumatic stress symptoms, we observed the indirect effect of childhood physical abuse through difficulty identifying feelings and sexual abuse as having a direct effect on depressive symptoms. The Sobel test indicates that the indirect effect of childhood physical abuse on depressive symptoms is statistically different from zero ($z = 3.56, p < .001$).

No independent variables, whether simple effects or interaction, fulfills the criteria indicating the presence of multicollinearity.

5.4 Discussion

The objective of this study was to investigate the relationship between childhood maltreatment, posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms in adulthood through alexithymia in a population of women using shelter services for domestic violence. More precisely, we established the frequency of different forms of childhood maltreatment, of posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms. We also investigated the contribution of childhood maltreatment and the cumulation of different forms on the severity of alexithymia, posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms in adulthood. Finally, we documented the effect of alexithymia on the relationship between childhood maltreatment, posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms.

The finding regarding to the childhood maltreatment experiences and psychological symptoms of battered women are interesting. The high frequency rates of childhood maltreatment as rarely been reported for this population. Therefore, women in our sample, in addition to being victims of partner violence, were also victims of recurring and severe trauma during their childhood that had a serious impact on their current mental health. These observations are in line with previous studies that have investigated revictimization. (Coid et al., 2001; DiLillo, Giuffre, Tremblay, & Peterson, 2001; Desai, Arias, Thompson, & Basile, 2002; Whitfield, Anda, Dube, & Felitti, 2003). They also concord with past findings on childhood maltreatment and its psychological impact on women victims of IPV (Astin, Ogland-Hand, Coleman, & Foy, 1995; Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996; McCauley et al., 1995). The elevated scores of posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms observed

for more than half of our sample are also in accordance with the results obtained by Cascardi, O'Leary, and Schlee (1999). Similarly, frequency rates of childhood maltreatment are 3 to 5 times higher than those found in the general population (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006), which demonstrates the scale of victimization experienced by women in shelters for domestic violence.

With regard to the second hypothesis proposing that there would be an association between childhood maltreatment, IPV in adulthood, alexithymia, and psychological symptoms, childhood physical abuse was associated to posttraumatic stress symptoms, to depressive symptoms, and to all the alexithymia subscales. These results are in accordance with the results of some studies (Paivio & McCulloch, 2004; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001). However, as a whole, these studies have shown that this form of physical abuse is more specifically linked to posttraumatic stress symptoms than to depressive symptoms whereas our results indicate that physical abuse is related to both types of symptoms. Sexual abuse was found to be associated with difficulty identifying feelings, posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms, which is what has been reported in past studies (Gladstone et al., 2004; McLean, Toner, Jackson, Desrocher, & Stuckless, 2008; Polusny, Dickinson, Murdoch & Thuras, 2008). Emotional abuse and neglect were associated with depressive symptoms, which supports Spertus and colleague's (2003) findings. It is surprising, however, that in our study these two forms of childhood maltreatment were not statistically related to posttraumatic stress symptoms. A possible explanation is the intrinsic nature of these two forms of childhood maltreatment, which relates more to depressive symptoms. Emotional abuse and neglect are more likely to engender relationship, self-esteem, and self-confidence issues than a persistent fear for one's life (Bremner, Vermetten, & Mazure, 2000; Trocmé & Wolfe, 2011). In fact, these two forms of childhood maltreatment are characterized by situations in which the child is ridiculed, humiliated, and ignored (Bremner,

Vermetten, & Mazure, 2000) and in which self-esteem is particularly affected (Weissmann wind & Silvern, 1994). In this context, the child is confronted with emotional deprivation (Weissmann wind & Silvern, 1994) and with attachment issues towards parental figures (Bremner, Vermetten, & Mazure, 2000). According to O'Dougherty and colleagues (2009), emotional abuse and neglect are most often linked to depressive symptoms in adulthood through maladaptive schemas. A violent environment affecting the relationship to attachment figures fosters the development of such models. Concerning the relationship between alexithymia, emotional abuse, and neglect, our results correspond to those found in the majority of studies (Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik, & Oncu, 2011; Hund & Espelage, 2006; Paivio & McCulloch, 2004; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001).

The results of the multivariate analysis of variance are consistent with our third hypothesis proposing that the presence of multiple forms of childhood maltreatment would have a cumulative effect on the severity of alexithymia and psychological symptoms in adulthood. These results suggest that the cumulation of different forms of childhood maltreatment was associated with a greater difficulty identifying feelings and to increased psychological symptoms. Thus, the more one experiences different forms of abuse and neglect in childhood, the greater the risk of developing difficulties identifying feelings and mental health issues in adulthood. We also observed that past victimization contributed statistically to the severity of alexithymia, posttraumatic stress symptoms, and depressive symptoms. IPV entails considerable psychological consequences, but it seems that childhood maltreatment is also a strong predictor among this population of women in shelters for domestic violence. This observation is similar to that of Astin and colleagues (1995), and to that of McCauley and colleagues (1995), which indicates that a history of childhood victimization can have a substantial impact on the severity of psychological symptoms in women victims of IPV. These results can be explained in part by the

complex posttraumatic stress syndrome (Herman, 1992). Herman (1992) suggests that repeated and prolonged victimization, particularly childhood maltreatment, entails important consequences, which affect general functioning and even personality into adulthood. Emotional dissociation, difficulty in regulating one's emotions, and the concomitance of psychological symptoms are usual manifestations of this syndrome. In the long term, complex trauma increases the risk of revictimization, notably in intimate relationships, and vulnerability to depression. In fact, certain characteristic manifestations of complex trauma (emotional dissociation, transformation of the thought process, etc.) can affect mood and predispose the individual to the development of depression. In our population of women in shelters for domestic violence, the presence of complex trauma appears likely.

By observing the results of the hierarchical regressions, we can conclude that the fourth hypothesis suggesting that childhood maltreatment would have an indirect effect on psychological symptoms through alexithymia is partially confirmed. Specifically, women victims of IPV who have experienced physical abuse in childhood are susceptible to presenting posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms and this presence is explained by difficulty identifying feelings. These results suggest that a part of the effect of physical abuse on psychological symptoms occurs through the difficulty in identifying feelings. We presuppose that women having experienced physical abuse who present high levels of alexithymia are less ready to face posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms and to use efficient treatment strategies. In fact, the capacity to recognize and express one's emotions acts as a protective factor, particularly for depression, and this ability helps in recovering mental health (Carpenter & Addis, 2000). Similarly, individuals capable of recognizing and verbalizing their feelings will more easily and more quickly tend to seek out psychological support instead of engaging in constant mental rumination (Carpenter & Addis, 2000). Concerning sexual abuse and its direct effect

on posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms, it is possible that these relationships can be explained through other mechanisms besides those linked to difficulty in identifying feelings among a clinical population such as the one in this study. This result differs in part with that obtained by Thomas and colleagues (2011), indicating that alexithymia would be implicated in the increase of depressive symptoms in women having experienced sexual abuse. These authors underline, however, that family environment would also be involved in the development of depression in adulthood. More particularly, the socialisation of children with dysfunctional or violent parents could strongly influence the way they experience and express emotions. We believe that parents' response and handling of the expression of emotions in their children could represent a potential mechanism in the relationship between sexual abuse and psychological symptoms in adulthood. Emotional abuse and neglect, although associated to depressive symptoms, did not contribute to the presence of these symptoms and did not seem to have any effect on the proposed model. The fact that physical abuse has a substantial impact on psychological symptoms could have a suppressing effect on these two variables.

This study represents a significant contribution to the fields of child maltreatment and intimate partner violence. Few studies have investigated the victimization profile of women using shelter services and its relative involvement to current mental health problems. Moreover, by including alexithymia, it pinpoints possible mechanisms such as emotion regulation difficulties by which child maltreatment contributes to mental health problems even when accounting for IPV experiences. This suggests that many women using shelter services for IPV are also dealing with previous traumatic experiences such as childhood maltreatment that may complicate the clinical profile. A thorough evaluation of childhood maltreatment history is therefore highly suggested. Difficulty identifying feelings is highly related to posttraumatic stress and depressive symptoms as well as maltreatment experiences and suggests

that interventions targeting a reconnection to one's feelings may be helpful in alleviating mental health difficulties. However, this should be done with caution and ensure that women will be able to cope with these emotions. It is important to note that even though our study does not find an association between the severity of IPV and mental health problems, it does not imply that IPV is not related to these difficulties. Rather, it implies that the sample as a whole experienced such levels of IPV that a saturation effect may occur (Boucher, Fortin, & Cyr, 2006) and, above a certain level of IPV, women do not differ much in the severity of symptoms. We therefore think that the current IPV situation should remain the primary target of interventions. Once the situation is stabilized and security is ensured, interventions targeting emotion regulation in the context of multiple traumas may be warranted (eg. Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). Finally, the long term consequences of childhood maltreatment and its possible role in IPV victimisation highlight the necessity to pursuing prevention programs as well as interventions for children who experienced traumas.

There are certain limitations to this study relative to sampling, methodology, and measures used. The present sample of women using shelter services shows higher rates of psychological symptoms and victimization than those found in the general population and the associations found between traumas, alexithymia and mental health might differ. The correlational nature of the study brings forth interesting results but may bring memory biases and does not allow the establishment of causal relationships. A longitudinal design would allow establishing better whether alexithymia is a predictor or a co-occurring symptom of mental health problems and whether residual symptoms remain more strongly associated to childhood maltreatment. Also, main limitation is the use of a convenience sample and the lack of correction for sampling biases. Therefore, generalization to the target population is tentative at best. Finally, measures were all self-reported and only one global item of

the *Early Trauma Inventory* was used to measure sexual abuse. Some women may have not related to being sexually abused and a variety of specific situations may lead different results. Future studies with women using shelter services for domestic violence should include a more comprehensive measure of childhood sexual abuse.

In future studies, it would be relevant to further explore the different forms of childhood maltreatment and the way in which they contribute or not to the presence of psychological symptoms. It would be interesting to understand the different mechanisms involved with each form of maltreatment. As for sexual abuse, it is associated with both psychological symptoms and with certain dimensions of alexithymia, but its effect on these symptoms is not influenced by difficulty identifying feelings. As with emotional abuse and neglect, it would then be relevant to investigate and identify other mechanisms that could be involved in this relationship.

5.5 Conclusion

This study allows for a better understanding of the relationship between IPV, childhood maltreatment, psychological symptoms, and alexithymia. Results mainly suggest that the links between childhood maltreatment, psychological symptoms as well as alexithymia vary according to the types of childhood maltreatment involved. This new information about the history of victimization among women using shelter services will help to improve and develop intervention programs that take into greater account the polyvictimization and the long-term role of the psychological symptoms involved. These intervention programs could, for example, focus on the posttraumatic stress and depressive symptoms specific to each form of childhood maltreatment experienced and the skills development in recognition, management, expression of one's emotions. By responding more specifically to the needs of this population by

means of the psychological follow-up provided, better prevention of mental health issues and revictimization might be achieved.

REFERENCES

- Allen, L. B., Lu, Q., Tsao, J. C. I., Hayes, L. P., & Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology, 16*(8), 1177-1186. Retrieved from <http://hpq.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/16/8/1177>
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M., & Foy, D. W. (1995). Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons With Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 308-312. doi:10.1037/0022-006X.63.2.308
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale—I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics, 42*(3), 235-240. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.235
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The Long-Term Mental Health Consequences of Child Sexual Abuse: An Exploratory Study of the Impact of Multiple Traumas in a Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 697-715. doi : 10.1023/A:1013085904337
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, Alexithymia and Personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 585-595. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00225-5
- Berenbaum, H., & James T. (1994). Correlates and Retrospectively Reported Antecedents of Alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 56*, 353-359. Retrieved from http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1994/07000/Correlates_and_retrospectively_reported.11.aspx

- Berenbaum, H., & Prince, J.D. (1994) Alexithymia and the interpretation of emotion-relevant information. *Cognition & Emotion*, 8, 231-243. doi : 10.1080/02699939408408939
- Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S., & Boucher S. (2014). Childhood Maltreatment Increases the Risk of Intimate Partner Violence via PTSD and Anger Personality Traits in Individuals Consulting for Sexual Problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(9), 982-998. doi : 10.1080/10926771.2014.960631
- Boucher, S., Fortin, A., & Cyr, M. (2006). Vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale: Contribution de la dépendance et l'autocritique. / Vulnerability to depression among female victims of domestic violence: Contribution of dependency and self-criticism. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(4), 337-347. doi: 10.1037/cjbs2006019
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma : The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W
- Brière, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women : An overview. *Trauma Violence Abuse*, 10(4), 375-388. doi: 10.1177/1524838009339757
- Carpenter, K. M., & Addis, M. E. (2000). Alexithymia, Gender, and Responses to Depressive Symptoms. *Sex Roles*, 43(9/10), 629-644. doi: 10.1023/A:1007100523844
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., & Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249. doi: 10.1023/A:1022827915757
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444

- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W-S., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358(9280), 450-454. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05622-7
- Cyr, M. & Hébert, M. (2009). *Traduction française du Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)*. Unpublished.
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., & Basile, K. C. (2002). Childhood Victimization and Subsequent Adult Revictimization Assessed in a Nationally Representative Sample of Women and Men. *Violence and Victims*, 17(6), 639-653. doi: <http://dx.doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/10.1891/vivi.17.6.639.33725>
- DiLillo, D., Giuffre, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2001). A Closer Look at the Nature of Intimate Partner Violence Reported by Women With a History of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.83
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2011). Childhood Abuse and Neglect as a Risk Factor for Alexithymia in Adult Male Substance Dependent Inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85-92. doi:10.1080/02791072.2009.10400677
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161-162. doi: 10.1037/t05175-000
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative Trauma: The Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-35. doi: 10.1002/jts.2490090104
- Frewen, P. A., Lanius, R. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Pain, C., Hopper, J. W., ... Stevens, T. K. (2008). Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 171-181. doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.171

- Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2013). Alexithymia as a Mediator Between Childhood Maltreatment and Impulsivity. *Stress and Health*, 1-7. doi: 10.1002/smi.2552
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., Malhi, G.S., Wilhelm, K., & Austin, M.-P. (2004). Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1417-1425. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15285968>
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1299-1301. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1299
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Feldman Barrett (dir.), *Handbook of Emotions* (3th ed., 497-512). New-York, United States: The Guildford Press.
- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., & Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 257-269.
- Hébert, M. (1997). *Traduction française du Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)*. Unpublished.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 393-407. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003
- Jungmeen, K., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kench, S., & Irwin, H. J. (2000). Alexithymia and Childhood Family Environment. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 737-745. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<737::AID-JCLP4>3.0.CO;2-U

- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, United States: Analytic Press.
- Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, 21, 117-122. Retrieved from <http://psycnet.apa.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/psycinfo/1996-85480-001>
- Martinez-Sanchez, F., Ato-Garcia, M., Corcoles Adam, E., Huedo Medina, T. B., & Selva Espana, J. J. (1998). Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 767-772. doi : 10.1016/S0191-8869(97)00239-0
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., ... Derogatis, L. R. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737-746. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001
- McLean, L., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., & Stuckless, N. (2008). The Relationship Between Childhood Sexual Abuse, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Alexithymia in Two Outpatient Samples: Examination of Women Treated in Community and Institutional Clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 1-17. doi: 10.1300/J070v15n03 01
- O'Dougherty Wright, M., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 339-354. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.11.018
- Pérusse, F., Boucher, S., & Fernet, M. (2012). Observation of couple interactions: Alexithymia and communication behaviors. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1017-1022.
- Polusny, M. A., Dickinson, K. A., Murdoch, M., & Thuras, P. (2008). The role of cumulative sexual trauma and difficulties identifying feelings in understanding female veterans' physical health outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 162-170. doi : 10.1016/j.genhosppsych.2007.11.006

- Richmond, J.M., Elliot, A.N., Pierce, T.W., Aspelmeier, & Alexander, A.A. (2009). Polyvictimization, Childhood Victimization, and Psychological Distress in College Women. *Child Maltreatment*, 14(2), 127-147. doi: 10.1177/1077559508326357
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S., & Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1247-1258. doi: 10.1177/107755950326357
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Sullivan, T.P., Meese, K.J., Swan, S.C., Mazure, C.M., & Snow, D.L. (2005). Precursors and Correlates of Women's Violence : Child Abuse Traumatization, Victimization of Women, Avoidance Coping, and Psychological Symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 290-301. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00223.x
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 99-133. doi: 10.1177/0003065112474066
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, United States: Cambridge University Press.
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., & Polusny, M. A. (2011). Pathways From Child Sexual Abuse to Adult Depression: The Role of Parental Socialization of Emotions and Alexithymia. *Psychology of Violence*, 1(2), 121-135. doi: 10.1037/a0022469
- Tourigny, M., Gagné, M.H., Joly, J., & Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 109-113. Retrieved from <http://journal.cpha.ca.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/index.php/cjph/article/view/682>
- Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cissr-ecirc/index-fra.php>

- van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145-168. Retrieved from <http://psycnet.apa.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/psycinfo/1994-37692-001>
- Weissmann wind, T., & Silvern L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 439-453. doi: 10.1016/0145-2134(94)90029-9
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185. doi: 10.1177/0886260502238733
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., Marshall, G. N., Schell, T. L., & Jaycox, L. H. (2009). Anxiety Sensitivity and Aspects of Alexithymia Are Independently and Uniquely Associated With Posttraumatic Distress, *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 131-138. doi: 10.1002/jts.20397
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 177-188. doi.org/10.1023/A:1007899918410

Table 5.1

Frequencies and means for IPV in adulthood, childhood maltreatment, alexithymia subscales, and psychological symptoms

	<i>n</i>	<i>Means (SD)</i>	<i>Frequencies High scores (%)</i>
<u>IPV</u>			
Physical	125	43.7 (60.4)	82.2
Psychological	144	75.5 (43.8)	94.7
Sexual	109	27.7 (40.3)	71.7
<u>Childhood maltreatment</u>			
Physical abuse	102		67.1
Emotional abuse	125		82.2
Sexual abuse	96		63.2
Neglect	79		52.0
0 form	19		12.5
1 form	10		6.6
2 forms	37		24.3
3 forms	35		23.0
4 forms	51		33.6
<u>Alexithymia</u>			
Alexithymia (high score)	56		62.7
Alexithymia		54.0 (14.4)	
Difficulty identifying feelings		20.2 (7.2)	
Difficulty describing feelings		15.0 (5.1)	
Externally oriented thinking		18.8 (5.5)	
<u>Psychological symptoms</u>			
Posttraumatic stress	99	51.3 (31.6)	65.1 (high score)
Depression	87	22.32 (12.23)	57.2 (high score)

Table 5.2

Correlations between IPV in adulthood, childhood maltreatment, alexithymia subscales, and psychological symptoms

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Physical violence	.62**	.44**	.16	-.01	.06	.06	.13	.07	.18*	.14
2. Psychological violence	-	.40**	.07	-.05	.05	.07	-.03	-.12	.18*	.09
3. Sexual violence		-	-.12	-.18*	.00	-.06	.08	.02	.13	-.03
4. Physical abuse			-	.55**	.32**	.36**	.32**	.25**	.24**	.31**
5. Emotional abuse				-	.34**	.45**	.17*	.15	.08	.20*
6. Sexual abuse					-	.26**	.20*	.04	.25**	.31**
7. Neglect						-	.20*	.19*	.14	.26**
8. Difficulty identifying feelings							-	.60**	.52**	.58**
9. Difficulty describing feelings								-	.29**	.38**
10. Posttraumatic stress									-	.68**
11. Depression										-

* $p < .05$

** $p < .01$

Table 5.3

Multivariate analysis of variance with alexithymia subscales and the psychological symptoms according to the number of forms of childhood maltreatment

	0 form Average (SD) (n = 19)	1 form Average (SD) (n = 9)	2 forms Average (SD) (n = 36)	3 forms Average (SD) (n = 32)	4 forms Average (SD) (n = 45)	F(4,136)	Post hoc test (Bonferroni correction)
Alexithymia							
Difficulty identifying feelings	17.27 (8.09)	17.67 (5.94)	17.16 (6.75)	22.41 (6.38)	22.46 (7.08)	4.88***	2 < 4
Difficulty describing feelings	14.32 (4.98)	12.44 (4.13)	12.92 (5.24)	16.75 (5.06)	16.20 (4.67)	3.99**	
Psychological symptoms							
Posttraumatic stress	41.89 (32.43)	47.56 (33.83)	39.81 (27.56)	57.66 (34.28)	62.44 (28.68)	3.58**	2 < 4
Depression	15.32 (10.34)	24.67 (14.42)	15.03 (11.18)	24.22 (11.72)	29.02 (10.00)	10.29***	0 < 4; 2 < 3; 2 < 4

** $p < .01$

*** $p < .001$

Table 5.4

Indirect effect of childhood maltreatment on psychological symptoms through alexithymia subscales

	Posttraumatic stress				Depression			
	B	SE	β	ΔR^2	B	SE	β	ΔR^2
Model 1	44.87	5.39		.03	21.57	2.12		.03
<u>Partner violence</u>								
Physical	.04	.06	.08		.03	.02	.15	
Psychological	.07	.08	.11		.01	.03	.03	
Sexual	.02	.07	.03		-.04	.03	-.12	
Model 2	34.95**	7.70**		.10**	14.91***	2.98***		.15***
<u>Partner violence</u>								
Physical	.00	.06	.01		.02	.02	.08	
Psychological	.06	.07	.08		.00	.03	.01	
Sexual	.06	.07	.08		-.02	.03	-.05	
<u>Childhood maltreatment</u>								
Physical abuse	16.93*	6.64*	.26*		6.10*	2.63*	.23*	
Emotional abuse	-9.32	8.35	-.12		-2.27	3.28	-.07	
Sexual abuse	11.70*	5.46*	.19*		5.82**	2.12**	.23**	
Neglect	3.23	5.75	.05		3.18	2.21	.13	
Model 3	-1.36***	9.99***		.20***	-2.07***	3.73***		.23***
<u>Partner violence</u>								
Physical	-.02	.05	-.04		.00	.02	.02	
Psychological	.11	.07	.16		.03	.03	.11	
Sexual	.02	.06	.02		-.03	.02	-.11	
<u>Childhood maltreatment</u>								
Physical abuse	7.74	6.11	.12		1.86	2.33	.07	
Emotional abuse	-7.20	7.41	-.09		-1.23	2.81	-.04	
Sexual abuse	9.72*	4.90*	.16*		4.91**	1.83**	.20**	
Neglect	.75	5.14	.01		1.89	1.91	.08	
<u>Alexithymia</u>								
Difficulty identifying feelings	1.99***	.40***	.47***		.79***	.15***	.47***	
Difficulty describing feelings	.10	.57	.02		.21	.21	.09	
<i>R² adjusted</i>				.28***				.37***
<i>F</i>				7.02***				10.08***

Note: B = B coefficient; SE = Standard error.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

CHAPITRE VI

DISCUSSION

L'objectif principal de ce projet de mémoire était de documenter les relations entre la maltraitance, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression ainsi que l'effet médiateur de l'alexithymie sur ces relations chez une population de femmes en maison d'hébergement. Tel que relaté précédemment, la maltraitance est particulièrement associée aux symptômes psychologiques à l'âge adulte (Gladstone *et al.*, 2004; Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier et Alexander, 2009; Spertus, Yehuda, Wong, Halligan et Seremetis, 2003; Sullivan, Meese, Swan, Mazure et Snow, 2005) et des traumatismes ultérieurs peuvent les aggraver (Banyard, Williams et Siegel, 2001). Dans un contexte où des femmes ont vécu de la violence de la part de leur partenaire, la maltraitance à l'enfance pourrait avoir un effet important sur la présence de symptômes psychologiques à l'âge adulte. L'un des mécanismes proposés pour expliquer ces relations est l'impact de la maltraitance sur la capacité à réguler ses émotions (Berenbaum, 1996). Actuellement, peu d'études ont documenté l'historique de maltraitance de femmes en maison d'hébergement ayant subi des traumatismes chroniques et sévères. Également, chez cette population, peu d'études ont investigué l'effet de la maltraitance sur les symptômes psychologiques à l'âge adulte ainsi que les mécanismes impliqués.

Afin de faire la lumière sur ces différentes relations chez les femmes en maisons d'hébergement, ce projet de mémoire visait à : (1) établir la fréquence des différentes formes de maltraitance, des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes de dépression; (2) explorer l'association entre la maltraitance, la violence subie par le

partenaire à l'âge adulte, l'alexithymie et les symptômes psychologiques; (3) investiguer la contribution de la maltraitance et du cumul des différentes formes de maltraitance sur la sévérité de l'alexithymie et des symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte; (4) documenter l'effet indirect de la maltraitance sur les symptômes de stress post-traumatique et de dépression par l'entremise de l'alexithymie.

6.1 Synthèse et interprétation des principaux résultats

Nous avons d'abord postulé que les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement présentent une fréquence élevée des différentes formes de maltraitance et des symptômes psychologiques. Avant tout, il importe de souligner la présence élevée de la violence subie à l'âge adulte chez ces femmes. Comme attendu, elles sont l'une des populations les plus fortement touchées par la violence dans les relations amoureuses. Il importe également d'insister sur la présence élevée des différentes formes de maltraitance subies, des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes de dépression chez ces femmes. Précisément, elles présentent des taux de 3 à 5 fois plus élevés que la population générale (Tourigny, Gagné, Joly et Chartrand, 2006). Ces résultats montrent qu'en plus d'être victime de la violence de leur partenaire, cette population a fait l'expérience de multiples traumatismes. Ceux-ci témoignent de l'ampleur de la victimisation subie par ces femmes, notamment dans l'enfance. Par ailleurs, nous observons que le cumul des différentes formes de maltraitance a une portée considérable sur la santé mentale à court et à long terme chez cette population. En effet, plus de la moitié de notre échantillon présente des niveaux élevés de symptômes de stress post-traumatique et de symptômes de dépression. Ces constats vont dans le même sens que les études portant sur la revictimisation (Coid et al., 2001; Desai, Arias, Thompson et Basile, 2002; DiLillo, Giuffre, Tremblay et Peterson, 2001; McKinney, Caetano, Ramisetty-Mikler et

Nelson, 2009; Whitfield, Anda, Dube et Felitti, 2003). Ils concordent également avec les données rapportées par les études ciblant la maltraitance et ses effets psychologiques chez les femmes victimes de la violence de leur partenaire (Astin, Ogland-Hand, Coleman et Foy, 1995; Follette, Polusny, Bechtle et Naugle, 1996; McCauley *et al.*, 1995).

Nous avons proposé une association entre la maltraitance, la violence subie par le partenaire à l'âge adulte, l'alexithymie et les symptômes psychologiques. Comme nous l'avons anticipé, les symptômes de stress post-traumatique et de dépression sont fortement associés entre eux. Cette relation confirme le phénomène de concomitance de ces troubles fréquemment observé dans les populations cliniques (Cascardi, O'Leary et Schlee, 1999). Les femmes en maison d'hébergement ne semblent pas faire exception à cette observation. Les formes de maltraitance fortement reliées entre elles indiquent que la présence simultanée de plus d'une forme de maltraitance serait un autre phénomène observé chez cette population.

En s'attardant plus précisément aux différentes formes de maltraitance, nous constatons que l'abus physique est à la fois relié aux symptômes psychologiques et à toutes les composantes de l'alexithymie. Ces résultats correspondent à ceux retrouvés dans la plupart des études (Filipas et Ullman, 1996; Gibb, Chelminski et Zimmerman, 2007; Paivio et McCulloch, 2004; Weissmann wind et Silvern, 1994; Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 2001). Toutefois, l'ensemble de ces études démontre que cette forme d'abus est plus particulièrement liée aux symptômes de stress post-traumatique qu'aux symptômes de dépression et nos résultats indiquent que l'abus physique est autant relié à ces deux types de symptômes. L'abus sexuel est spécifiquement associé à la difficulté à identifier ses émotions et aux symptômes psychologiques et va dans le sens de la majorité des études (Becker, Stuewig et McCloskey, 2010; Gladstone *et al.*, 2004; McLean, Toner, Jackson, Desrocher et Stuckless, 2008; Polusny,

Dickinson, Murdoch et Thuras, 2008). L'abus émotionnel et la négligence sont liés aux symptômes de dépression, mais pas à ceux de stress post-traumatique. Ces résultats inattendus vont à l'encontre de la plupart des études (Reich, Winternitz, Hennen et Stanculescu, 2004; Yehuda, Halligan et Grossman, 2001), mais s'accordent avec celle de Spertus et ses collègues (2003). Nous supposons que cela s'explique par la nature même de ces formes de maltraitance qui renvoie davantage aux symptômes de dépression. Ces formes de maltraitance sont plus susceptibles d'entraîner des problèmes relationnels et de confiance en soi plutôt qu'une crainte persistante pour sa vie (Bremner, Vermetten et Mazure, 2000; Trocmé et Wolfe, 2001). D'ailleurs, l'abus émotionnel et la négligence réfèrent à des événements où l'enfant est ridiculisé, humilié et ignoré (Bremner, Vermetten et Mazure, 2000) et où l'estime de soi est particulièrement touchée (Weissmann et Silvern, 1994). Ce type d'abus confronte l'enfant à des situations marquées par des carences affectives (Weissmann et Silvern, 1994) et par un attachement trouble aux figures parentales (Bremner, Vermetten et Mazure, 2000). O'Dougherty Wright et ses collègues (2009) précisent que l'abus émotionnel et la négligence sont principalement associés à la présence de symptômes dépressifs à l'âge adulte par l'entremise de schémas personnels inadaptés. Un environnement de violence affectant la relation aux figures d'attachement favorise le développement de tels schémas. Enfin, l'abus émotionnel et la négligence sont associés à l'alexithymie et ces résultats sont en conformité avec la majorité des études (Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik et Oncu, 2011; Hund et Espelage, 2006; Paivio et McCulloch, 2004; Zlotnick, Mattia et Zimmerman, 2001).

Nous avons postulé que la maltraitance et le cumul de ses différentes formes contribuent à des niveaux élevés d'alexithymie et de symptômes psychologiques. Selon les résultats obtenus, ce postulat semble en partie confirmé. Nous observons que, plus une femme a fait l'expérience de plusieurs formes d'abus et de négligence au cours de leur enfance, plus la difficulté à identifier ses émotions et la présence de

troubles de santé mentale à l'âge adulte sont importantes. La maltraitance vécue par ces femmes contribue également de façon significative à la sévérité de l'alexithymie ainsi qu'aux symptômes psychologiques à l'âge adulte. Ces résultats confirment qu'au-delà de la violence subie par le partenaire intime et de ses effets psychologiques, la maltraitance et le cumul de ses formes sont impliqués dans la présence à long terme de ces symptômes dans notre échantillon. Nos observations nous semblent plausibles puisque certaines études ont rapporté que le cumul des différentes formes de maltraitance, la polyvictimisation, augmentait le risque de revictimisation à l'âge adulte (Whitfield, Anda, Dube et Feliti, 2003; Widom, Czaja et Dutton, 2008) et la présence de symptômes psychologiques à l'âge adulte (Finkelhor, Ormrod, Turner, 2007; Richmond, Elliot, Pierce, Aspelmeier et Alexander, 2009). Plus globalement, des études ont démontré qu'un historique de maltraitance chez les femmes victimes de la violence de leur partenaire avait un impact majeur sur la sévérité des symptômes psychologiques manifestés à l'âge adulte (Astin, Ogland-Hand, Coleman et Foy, 1995; McCauley *et al.*, 1995) et nos résultats vont également dans ce sens. Comme le modèle de traumatisme complexe le suggère (Herman, 1992), la victimisation subie de façon répétée et prolongée, particulièrement la maltraitance, entraîne d'importantes conséquences qui affectent le fonctionnement global et la personnalité jusqu'à l'âge adulte. La dissociation émotionnelle, la difficulté à réguler ses émotions et la concomitance de symptômes psychologiques sévères sont des manifestations courantes de ce syndrome. À long terme, le traumatisme complexe accroît le risque de revictimisation, notamment dans les relations intimes, et la vulnérabilité à la dépression. Certaines manifestations caractéristiques du trauma complexe (la dissociation émotionnelle, transformation du système de pensées, etc.) peuvent affecter l'humeur et prédisposer au développement de la dépression. Les résultats de cette étude laissent croire que la présence d'un traumatisme complexe chez les femmes en maison d'hébergement est envisageable.

Finalement, nous avons proposé que la maltraitance a un effet indirect sur les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes de dépression par l'entremise de l'alexithymie. Nous observons que les femmes victimes de la violence de leur partenaire intime et qui ont subi de l'abus physique dans l'enfance présentent des symptômes psychologiques à l'âge adulte et cette présence peut être expliquée par la difficulté à identifier ses émotions. Ce résultat indique qu'une partie des effets de l'abus physique sur ces symptômes passerait par la difficulté à identifier à ses émotions. Il permet également de démontrer que l'abus physique est la forme de maltraitance qui a le plus d'effet sur l'alexithymie. Nous supposons que les femmes qui ont subi de l'abus physique et qui présentent des niveaux élevés d'alexithymie sont moins disposées à faire face aux symptômes de stress post-traumatique ainsi qu'aux symptômes de dépression et à utiliser des stratégies efficaces pour les traiter. En effet, la capacité à reconnaître et à exprimer ses émotions agirait comme facteur de protection, particulièrement pour la dépression, et ces habiletés aident généralement au rétablissement de la santé mentale (Carpenter et Addis, 2000). De même, les personnes en mesure de distinguer leurs ressentis et de les verbaliser auront tendance à rechercher plus facilement et plus rapidement un soutien psychosocial plutôt qu'à ruminer mentalement (Carpenter et Addis, 2000). D'ailleurs, il a été démontré que les personnes souffrant de dépression ou de stress post-traumatique seraient susceptibles d'avoir de la difficulté à exprimer et à verbaliser leurs émotions (Bankier, Aigner et Bach, 2001) ainsi qu'à identifier et à décrire leurs émotions (Allen, Lu, Tsao, Hayes et Zelter, 2011).

Pour l'abus sexuel, nous remarquons un phénomène divergent et unique. Cette forme d'abus a un effet direct sur les symptômes psychologiques chez les femmes victimes de la violence de leur partenaire intime, même lorsque l'on tient compte de l'alexithymie. Dans ce cas, il est possible que la relation entre l'abus sexuel et les symptômes psychologiques s'explique par le biais d'autres mécanismes. Cet étonnant

résultat diffère en partie de celui obtenu par Thomas et ses collègues (2011), puisqu'ils ont démontré que l'alexithymie était impliquée dans l'augmentation des symptômes dépressifs chez une population de femmes ayant subi de l'abus sexuel dans l'enfance. Ces auteurs soulignent toutefois que l'environnement familial aurait un rôle à jouer quant au développement de la dépression à l'âge adulte dans leur population. Précisément, la façon dont les parents socialisent leurs enfants dans l'expression de leurs émotions serait en partie concernée dans cette relation. L'attitude et les réactions des parents à l'égard de l'expression émotionnelle de leurs enfants influenceraient également cette relation (Thomas, DiLillo, Walsh et Polusny, 2011). Aspelmeir et ses collègues (2007) ont, quant à eux, montré que l'attachement aux parents et aux pairs est impliqué dans la relation entre l'abus sexuel et les symptômes traumatiques à l'âge adulte. Leur étude montre qu'un attachement sécurisant serait un facteur de protection chez les femmes ayant été victimes d'abus sexuel dans l'enfance face à la présence de symptômes traumatiques à l'âge adulte. Ce type d'attachement en tant que modérateur aurait pour effet de diminuer la sévérité de ces symptômes chez cette population.

Bien que l'abus émotionnel et la négligence soient associés aux symptômes de dépression, ces formes de maltraitance ne contribuent pas à la présence de ces symptômes et ne semblent avoir aucun effet sur la difficulté à identifier et à décrire ses émotions. L'abus physique a une influence si importante sur la santé mentale des femmes en maisons d'hébergement qu'il risque d'entraver l'effet simple de l'abus émotionnel et de la négligence sur les symptômes psychologiques de ces femmes à l'âge adulte.

6.2 Limites et pistes de recherches futures

Malgré l'apport des résultats de cette étude, celle-ci comporte quelques limites, principalement méthodologiques. D'abord, les résultats obtenus ne sont pas généralisables pour l'ensemble de la population ou pour d'autres types de populations. En effet, les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement ont une histoire de vie particulière, marquée par de multiples traumatismes et de nombreux épisodes de violence. La sévérité et la récurrence de la violence subie par ces femmes ne sont donc pas comparables à ce que l'on retrouve dans la population générale ou dans d'autres populations. Également, comme en témoignent les écrits scientifiques et nos résultats, cette population clinique présente les taux les plus élevés de symptômes psychologiques en comparaison à la population générale. Puisque les femmes en maison d'hébergement se distinguent largement des autres populations quant à leur vécu et à leur symptomatologie, les résultats sont ainsi difficilement transposables. Cependant, pour les femmes résidant en maison d'hébergement ou pour celles qui ont éprouvé autant de violence tout au long de leur vie les résultats décrivent, dans une certaine mesure, leur situation unique.

Un échantillon de convenance tel que le nôtre implique possiblement un biais de sélection. En effet, il est probable que les femmes présentant des caractéristiques similaires ont été interpellées par notre projet. Étant de type universitaire, cette étude a vraisemblablement davantage suscité l'intérêt de celles ayant un niveau de scolarité plus élevé. De même, les femmes qui étaient encore fortement perturbées par leur situation ont peut-être préféré de s'abstenir à y prendre part en sachant que leur participation nécessiterait une réflexion sur l'ensemble de la violence vécue. Dans ce contexte, notre échantillon risque d'être relativement homogène. Pour des recherches ultérieures, il serait alors souhaitable d'avoir un échantillon plus diversifié au sein même de la population de femmes en maison d'hébergement.

Cette étude apporte des résultats intéressants concernant les différentes associations entre les variables, mais son devis transversal ne permet pas de valider de relations causales. Étant donné l'impossibilité de démontrer des liens de cause à effet, la prudence est de mise dans la compréhension et l'interprétation des résultats. Dans de futures recherches, il serait intéressant d'avoir recours à un devis longitudinal afin d'établir un portrait plus exhaustif de la réalité de ces femmes. Ce type de devis permettrait, entre autres, de départager avec une plus grande précision les effets ainsi que la contribution de l'alexithymie et des symptômes psychologiques au fil du temps. Il permettrait également de distinguer l'évolution ainsi que le sens des associations entre les variables sur différentes périodes données.

Les analyses bivariées réalisées dans le contexte de cette étude ont également pu entraîner des effets non contrôlés. En effet, certaines variables confondantes n'ont pas été mesurées, notamment les événements traumatiques à l'enfance autres que ceux liés à la maltraitance tels qu'un accident de voiture ou la mort d'un proche. Il est possible que cela ait inféré un biais dans l'analyse des associations. Dans une prochaine étude, il serait légitime et même requis de considérer ces facteurs confondants.

L'utilisation de mesures autorapportées pose également certaines limites. Ce type de mesure implique, par exemple, un risque de biais de rappel. Ce sont les femmes elles-mêmes qui ont endossé les items dans un contexte où elles devaient rétrospectivement révéler des informations personnelles concernant leur histoire de victimisation. Leur mémoire étant grandement sollicitée pour une multitude d'événements s'étant produits depuis longtemps ou sur une longue période, il a pu être ardu pour ces répondantes de se remémorer avec précision certaines situations ou certains détails. Par ailleurs, comme elles ont parfois subi d'importants traumatismes, elles peuvent avoir involontairement altéré les événements vécus, étant trop émotionnellement

douloureux. Conséquemment, quelques données sur l'histoire de victimisation de ces femmes peuvent être actuellement manquantes ou divergentes de la réalité en raison de la capacité de mémorisation que requièrent de tels items. Pour l'alexithymie, nous pouvons supposer que les femmes qui présentent des niveaux très élevés de ce trait de personnalité aient eu de la difficulté à répondre fidèlement à certains items, particulièrement ceux portant sur la reconnaissance ou non de ses émotions. En effet, les personnes qui manifestent les taux les plus élevés d'alexithymie sont hautement dissociées de leurs émotions et montrent de grandes difficultés à distinguer les sentiments des sensations physiologiques (Luminet, 2008). Ainsi, les données rapportées par ces femmes peuvent être, malgré elles, inexactes et faussées par leur difficulté à discerner et à exprimer leurs émotions.

L'échelle dichotomique de l'instrument de mesure portant sur la maltraitance à l'enfance apporte certaines limitations. En effet, cette échelle est susceptible de ne pas être assez sensible pour établir une nuance quant aux données recherchées comparativement à une échelle de Likert. De même, il est plausible que les femmes qui ont vécu très peu d'épisodes de maltraitance ou celles qui en ont vécu à de faibles niveaux ont endossé un « non » plutôt qu'un « oui ». En quelque sorte, ce manque de nuances peut influencer une femme qui, par exemple, aurait répondu « parfois » à une échelle plus variée. Dans ce type de cas, une perte de données documentant la maltraitance subie par certaines femmes empêche de dresser un profil fidèle. Il est alors possible que les taux de fréquence obtenus quant à la maltraitance à l'enfance soient un peu plus élevés dans la réalité chez les femmes en maison d'hébergement. L'utilisation d'un questionnaire mesurant également la maltraitance à l'enfance, mais avec une échelle de Likert, comme le *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003), serait pertinente dans les études futures. D'une part, il permettrait de recueillir une plus grande variabilité de la maltraitance subie et, d'autre part, il pourrait minimiser la perte potentielle de données importantes.

Comme le montrent nos résultats, les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement sont une population clinique qui manifeste des taux de maltraitance, de violence et de symptômes psychologiques importants. La grande majorité de ces femmes a vécu de sévères épisodes de violence tout au long de leur vie entraînant de graves conséquences psychologiques. Sans minimiser leur influence sur cette population, l'homogénéité de la victimisation et de la symptomatologie peut causer un écrasement de la variance et empêcher la découverte de certaines relations et certains effets qui ressortiraient autrement. Dans une population où l'on retrouve une plus grande diversification des profils, il est plus facile de détecter des associations, de documenter leur implication. Dès lors, il serait intéressant de comparer la population de femmes en maison d'hébergement à la population générale ou de sélectionner un échantillon plus représentatif de la population générale dans de futures recherches. Quoi qu'il en soit, l'étude des femmes en maison d'hébergement est une avancée scientifique et elle demeure essentielle.

Au regard des résultats obtenus quant à l'effet direct de l'abus sexuel sur la présence des symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte, il serait judicieux d'investiguer les divers mécanismes qui y sont impliqués. Dans notre étude, l'alexithymie ne semble pas exercer un effet médiateur dans cette relation, mais d'autres variables pourraient l'exercer. Comme relaté précédemment, la contribution de l'environnement de l'enfant, notamment des réponses parentales et de la socialisation familiale, serait un médiateur potentiel. Les styles d'attachement pourraient également être un médiateur potentiel. À l'égard de l'étude d'Aspelmeier et ses collègues (2007), nous supposons que les différents styles d'attachement, soit sécurisant, évitant, ambivalent et désorganisé, sont des mécanismes à considérer. Par conséquent, les recherches futures pourraient approfondir ces mécanismes afin de mieux documenter la relation de l'abus sexuel avec les symptômes psychologiques à l'âge adulte chez les femmes en maison d'hébergement.

6.3 Forces, pertinence et implications

En dépit de ses limites, la présente étude comporte de nombreuses forces et offre une contribution majeure dans le domaine. Comme souligné précédemment, peu d'études se sont attardées aux femmes en maison d'hébergement et peu de données existent actuellement au Québec sur cette population. Cet échantillon est innovateur en soi et les données collectées le sont tout autant. Ces données contribuent à une compréhension accrue de la réalité de ces femmes en plus de susciter des pistes de réflexion concrètes dans la bonification de l'aide qui leur est accordée.

D'abord, ce mémoire documente les diverses expériences de violence que ces femmes ont vécu tout au long de leur vie et de l'implication de la maltraitance, particulièrement l'abus physique et l'abus sexuel, sur leur condition psychologique à l'âge adulte. Les résultats confirment que la majorité d'entre elles a été grandement victimisée dans l'enfance et cette victimisation semble contribuer à la présence de symptômes psychologiques majeurs. Chez ces femmes, une histoire de maltraitance semble maintenir et amplifier ces symptômes et augmenter la susceptibilité qu'elles soient revictimisées à l'âge adulte. En ce sens, traiter les traumatismes de l'enfance s'avère indispensable et nécessaire si l'on désire traiter et prévenir efficacement les traumatismes ultérieurs, tels que la violence par un partenaire intime. Pour certaines femmes, les interventions exclusivement centrées sur la victimisation immédiate ne sont possiblement pas suffisantes. Il semble essentiel que les professionnelles et les professionnels qui travaillent auprès de cette population prennent en considération la maltraitance vécue au cours de l'enfance et son influence sur la vie de ces femmes à l'âge adulte. Toutefois, ceux-ci doivent disposer de compétences et d'aptitudes adéquates pour explorer cette problématique.

Les résultats présentés révèlent la contribution spécifique et indépendante de l'abus sexuel. De par la nature des actions perpétrées, l'abus sexuel détient un caractère particulier et touche une dimension plus intime et personnelle de la vie de l'enfant comparativement aux autres formes de maltraitance. Cette spécificité peut s'exprimer par une influence distincte et différente de l'abus sexuel sur la présence imposante de symptômes psychologiques à l'âge adulte. Tout ceci atteste de l'utilité et de la nécessité de poursuivre les interventions actuellement mise en place en matière d'agression sexuelle. Ces constats rappellent également l'importance de dénoncer hâtivement de tels actes commis sur de jeunes enfants et de se mobiliser davantage dans la sensibilisation et la prévention. À ce jour, de nombreux cas d'abus sexuel sont sous-rapportés ou simplement non signalés (Clément, Chamberland et Trocmé, 2009; Tourigny, Mayer, Hélie, Wright et Trocmé, 2001). Cette situation suggère que les taux réels de prévalence seraient plus élevés (Tyler, 2002).

La présente étude reflète également les besoins psychologiques des femmes en maison d'hébergement et permettent de rendre compte de l'importance d'intervenir sur ces aspects. Ces besoins sont nombreux, mais ceux liés au rétablissement émotionnel, à la gestion émotionnelle et à la reconstruction personnelle de leurs expériences de victimisation semblent prédominants. La présence de niveaux élevés de symptômes psychologiques, indique qu'il importe d'être à l'affût de la condition psychologique de ces femmes et de miser sur des interventions à plus long terme. Offert dans les maisons d'hébergement, le soutien centralisé sur la situation de crise est certes essentiel, mais il serait pertinent d'y adjoindre un suivi psychologique s'échelonnant sur une plus longue période ainsi que de la psychoéducation où la reprise en charge de leur vie est principalement visée. Comme la présence de symptômes psychologiques rend les femmes davantage vulnérables à la revictimisation, il serait prometteur d'évaluer la présence de ces symptômes et de prodiguer un support plus adapté, diversifié et continu. Toutefois, comme les résultats

le démontrent, certaines formes de maltraitance sont associées à des symptômes psychologiques spécifiques et ne semblent pas générer les mêmes conséquences chez ces femmes. Le suivi psychologique devrait alors considérer ces distinctions et s'appliquer en fonction des formes de maltraitance subies durant l'enfance.

Enfin, ce mémoire témoigne du rôle de la difficulté à identifier et à exprimer ses émotions dans la présence de symptômes psychologiques à l'âge adulte. Plus particulièrement, il souligne que dans un contexte d'abus physique à l'enfance certains traits de personnalité, comme l'alexithymie, prédisposent au développement de symptômes de stress post-traumatique et de dépression à l'âge adulte. Étant donné que l'alexithymie se développe dans la petite enfance à la suite de traumatismes importants, des interventions éducatives auprès des enfants victimes de maltraitance pourraient, par exemple, viser le développement d'habiletés quant à la reconnaissance, à la gestion et à l'expression de ses émotions. Dans les maisons d'hébergement, des ateliers ou des rencontres auprès des résidentes ciblant ces mêmes objectifs seraient également pertinents et judicieux pour ces femmes. Ultimement, un suivi et une prise en charge psychologique abordant la reconnaissance, la gestion et l'expression de ses émotions ainsi que leur implication pourraient contribuer à des changements marquants quant au fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental. Comprendre l'importance de la régulation des émotions et de son impact psychologique s'avère utile dans l'adoption de stratégies d'adaptation efficaces face aux différents traumatismes vécus (Mahady Wilton et Craig, 2000) et dans la prévention des troubles de santé mentale (Gross et Munoz, 1995), notamment chez cette population.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

Ce mémoire a permis de mieux comprendre les relations entre la violence subie à l'âge adulte par le partenaire intime, la maltraitance à l'enfance, les symptômes psychologiques et l'alexithymie chez les femmes ayant recours aux services de maisons d'hébergement. Il a également permis de documenter l'effet indirect de la maltraitance sur les symptômes psychologiques à l'âge adulte par l'entremise de l'alexithymie. Les résultats suggèrent que les liens entre la maltraitance, les symptômes de stress post-traumatique, les symptômes de dépression ainsi que l'alexithymie varient en fonction des formes de maltraitance qui sont impliquées chez cette population. Ce mémoire est l'un des premiers à s'attarder aux femmes victimes des formes les plus sévères de violence et de multiples traumatismes vécus tout au long de leur vie. Ces nouvelles connaissances quant à l'historique de maltraitance et son impact important sur la santé mentale de ces femmes pourront favoriser le développement et la bonification de programmes d'intervention. Ces programmes gagneraient à tenir davantage compte de la polyvictimisation et de l'implication à long terme des symptômes psychologiques s'y rattachant. En répondant de façon plus spécifique aux besoins de cette population par le biais de suivi psychosocial adapté à leur situation, la prévention des troubles de santé mentale et de la revictimisation pourra alors progresser.

APPENDICE A

ATTESTATION DE L'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE

UQÀM Comité institutionnel d'éthique
de la recherche avec des êtres humains
Université du Québec à Montréal

Le 13 mai 2009

Madame Sophie Boucher
Professeure
Département de sexologie

Objet : Demande d'approbation éthique du projet intitulé : « *Validation de l'Inventaire des Motivations de la Violence entre Conjoints (IMVC) et du Questionnaire sur les Réactions à la Violence d'un Partenaire (QRVP) auprès des femmes en maison d'hébergement* », financé par le PAFARC.

Chère madame,

Suite au complément d'information reçu et aux recommandations émises par le Comité, le 8 mai dernier, il m'est agréable de vous confirmer l'acceptation de votre protocole de recherche au plan éthique. Vous trouverez ci-joint le certificat de conformité à l'éthique émis par le Comité et valide jusqu'au 13 mai 2009.

Étant donné le contexte exploratoire de votre recherche, le Comité vous demande de réévaluer la pertinence de remettre aux intervenantes une copie des profils sommaires des participantes. Le Comité se questionne sérieusement sur la validité des données brutes individuelles, un des buts de la recherche étant la vérification des propriétés métriques des instruments utilisés. Il estime qu'il serait davantage prudent de ne pas remettre aux intervenantes, les profils sommaires des femmes en maison d'hébergement qui participent à votre recherche.

Le Comité vous demande de lui faire parvenir un bref rapport d'évolution de votre projet au plus tard un mois avant la date d'échéance du présent certificat. Le formulaire utilisé à cette fin est disponible sur le site Web du SRC¹. Entre-temps, il est de votre responsabilité d'informer le Comité des changements mineurs qui pourraient être apportés à votre projet concernant la participation des sujets.

Le Comité vous remercie d'avoir porté votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite le plus succès dans la poursuite de vos travaux.



Joseph Josy Lévy, Ph.D.
Professeur
Président

¹ <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains-suivi-continu.htm>
© 2008 Université du Québec à Montréal. Tous droits réservés. Imprimé au Québec.

No. 061522

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains
Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Sophie Boucher

Unité(s) : Département de sexologie

Titre du projet : « Validation de l'Inventaire des Motivations de la Violence entre Conjointes (IMVC) et du Questionnaire sur les Réactions à la Violence d'un Partenaire (QRVP) auprès des femmes en maison d'hébergement. »

Étudiant (s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme :

Jacinthe Lemelin, Étudiante, Doctorat en psychologie; Catherine Moreau, Étudiante, Maîtrise en sexologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le « Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM ».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains.

Le présent certificat est valide jusqu'au 13 mai 2010.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Directeur, Département de kinanthropologie

Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines

René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité

Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité

Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société

Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques

Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie

Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie



Joseph Josy Lévy
Président

13 mai 2009

Date

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MIEUX COMPRENDRE LA VIOLENCE DANS LE COUPLE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Cette étude est financée par le Programme d'Aide Financière à la Recherche et à la Création (PAFARC). Il est réalisé par Sophie Boucher, professeure au département de sexologie de l'UQÀM, Jacinthe Lemelin, étudiante au doctorat et Catherine Moreau, étudiante à la maîtrise. Le projet a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

BUT DU PROJET

Ce projet de recherche a pour objectif de mieux comprendre la violence dans les relations amoureuses des femmes qui utilisent les services des maisons d'hébergement. Nous cherchons à comprendre le contexte des comportements violents dans le couple et leurs conséquences sur la santé des femmes.

NATURE DE MA PARTICIPATION

- Je serai invitée à remplir des questionnaires portant, entre autres, sur ma relation avec mon partenaire (ou ancien partenaire) et différentes expériences dans l'enfance.
- Dans le cas où j'ai un enfant âgé entre 4 et 12 ans, je serai invitée à remplir un bref questionnaire qui porte sur son fonctionnement.
- Remplir les questionnaires prendra environ une heure et demie de mon temps. Toutefois, je peux prendre le temps que je désire pour les remplir. Une personne de l'équipe de recherche sera présente pour m'assister au besoin.
- Ma participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que j'accepte de participer au projet sans aucune obligation, contrainte ou pression extérieure.
- Je peux en tout temps me retirer du projet sans subir de conséquences négatives de quelque nature que ce soit et sans que ma décision m'empêche d'obtenir les services professionnels auxquels j'ai droit.
- À ma demande, les renseignements me concernant seront détruits.

CONFIDENTIALITÉ

- Toutes les informations recueillies dans ce projet seront gardées confidentielles, c'est-à-dire que mon nom ne figurera nulle part dans les publications scientifiques.
- Si je le désire, suite à ma participation, mon intervenante recevra un rapport clinique qui pourra contribuer à la qualité des services que je recevrai.
- J'accepte que les informations obtenues soient utilisées pour des fins de publications ou de communications scientifiques et professionnelles. Ces publications porteront uniquement sur les résultats pour l'ensemble des participantes de la recherche et non sur des réponses individuelles.
- Les questionnaires ainsi que ce formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé au laboratoire de la chercheuse responsable du projet, Sophie Boucher.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

- Il est possible que ma participation me permette de commencer ou de continuer une réflexion sur ma relation passée/présente avec mon partenaire (ou ancien partenaire) et ainsi m'aider à faire le point sur des aspects importants de ma vie.
- La transmission de certaines données des questionnaires à mon intervenante pourront contribuer à la qualité des services que je recevrai.
- Éventuellement, le projet permettra d'améliorer les interventions pour mieux répondre au besoin des femmes vivant de la violence dans leur couple.
- Ma participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant la violence dans les couples.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE MA PARTICIPATION

- Ma participation pourrait raviver des souvenirs et éveiller des questions sur mon couple ou des conflits avec mon partenaire (ou ancien partenaire). Chez certaines personnes, ceci peut ranimer ou susciter des émotions que l'on ne souhaite pas vivre. Je comprends que si je ressentais un tel inconfort, il m'est possible d'en parler avec l'expérimentatrice qui se chargera de prendre les arrangements nécessaires pour obtenir un soutien, notamment auprès de mon intervenante en maison d'hébergement.
- Il est également possible que remplir les questionnaires entraîne de la fatigue ou de l'irritabilité.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Je recevrai la somme de 20\$ à titre de compensation pour les frais encourus par ma participation au projet de recherche (frais de gardiennage, déplacement, etc.).

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour toute information ou question supplémentaire sur le projet ou sur vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez contacter les membres du projet : Sophie Boucher, responsable du projet, au numéro (514) 987-3000 poste 2610 ou Jacinthe Lemelin, membre de l'équipe de recherche, au numéro (514) 987-3000 poste 3706. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514)- 987-3000 poste 4483. Il peut également être joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

SIGNATURES

J'ai lu et compris le formulaire de consentement. Mes questions et interrogations ont été répondues à ma satisfaction. J'accepte de participer à l'étude.

Nom de la participante (en lettres moulées) _____

Signature de la participante _____ Date ____/____/____

J'autorise les personnes responsables de ce projet à transmettre un rapport à mon intervenante qui porte sur certaines de mes réponses. Oui ____ Non ____

Signature de la participante _____ Date ____/____/____

Signature de l'expérimentatrice _____ Date ____/____/____

Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement et remettre le second à l'expérimentatrice.

APPENDICE C

INSTRUMENTS DE MESURE

C1 Modified ptsd symptom scale (MPSS)

Veillez lire chaque énoncé et indiquer, en encerclant le chiffre et la lettre appropriés, la **fréquence** et la **sévérité** des symptômes ressentis **au cours des deux dernières semaines en vous référant** aux abus physiques, psychologiques et/ou sexuels que vous avez subis par votre partenaire (ou ancien partenaire).

Fréquence dans les 2 dernières semaines: 0 = Pas du tout 1 = 1 fois par semaine ou moins/un petit peu/une fois de temps en temps 2 = 2 à 4 fois par semaine/assez/la moitié du temps 3 = 5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours		Sévérité dans les 2 dernières semaines: A = Pas du tout perturbant B = Un peu perturbant C = Modérément perturbant D = Très perturbant E = Extrêmement perturbant								
Au cours des deux dernières semaines...		Fréquence				Sévérité				
1.	Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles qui reviennent régulièrement ou intrusifs concernant les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E
2.	Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des mauvais rêves ou des cauchemars qui reviennent régulièrement concernant les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E
3.	Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre les abus, d'avoir un «flashback», d'agir ou de sentir que ceux-ci se produisaient?	0	1	2	3	A	B	C	D	E
4.	Avez-vous été perturbée et continuez-vous d'être perturbée de façon intense émotionnellement lorsque vous vous rappelez les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E

Fréquence dans les 2 dernières semaines:		Sévérité dans les 2 dernières semaines:									
0 = Pas du tout 1 = 1 fois par semaine ou moins/un petit peu/une fois de temps en temps 2 = 2 à 4 fois par semaine/assez/la moitié du temps 3 = 5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours		A = Pas du tout perturbant B = Un peu perturbant C = Modérément perturbant D = Très perturbant E = Extrêmement perturbant									
Au cours des deux dernières semaines...		Fréquence				Sévérité					
5.	Avez-vous eu des réactions physiques intenses (par exemple sueurs, palpitations) lorsque vous vous rappelez les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
6.	Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés aux abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
7.	Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
8.	Y a-t-il des aspects importants des abus dont vous ne pouvez toujours pas vous rappelez?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
9.	Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
10.	Vous êtes-vous sentie détachée ou coupée des gens autour de vous depuis les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
11.	Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex. : incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
12.	Avez-vous perçu que vos plans ou espoirs face au futur ont changé en raison des abus? (ex. : plus de plans de carrière, de mariage, de longue vie, etc.)	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
13.	Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous endormir ou à rester endormie?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
14.	Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté à éclater ou à avoir des excès de colère?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	
15.	Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	0	1	2	3	A	B	C	D	E	

Fréquence dans les 2 dernières semaines: 0 = Pas du tout 1 = 1 fois par semaine ou moins/un petit peu/une fois de temps en temps 2 = 2 à 4 fois par semaine/assez/la moitié du temps 3 = 5 fois ou plus par semaine/beaucoup/presque toujours		Sévérité dans les 2 dernières semaines: A = Pas du tout perturbant B = Un peu perturbant C = Modérément perturbant D = Très perturbant E = Extrêmement perturbant								
Au cours des deux dernières semaines...		Fréquence				Sévérité				
16.	Êtes-vous excessivement en état d'alerte (ex. : vérifier qui est autour de vous, etc.) depuis les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E
17.	Avez-vous été plus nerveuse, plus facilement effrayée depuis les abus?	0	1	2	3	A	B	C	D	E

C2 Beck depression inventory-II (BDI-II)

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes sentie **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir **qu'un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no. 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1. Tristesse	
0	Je ne me sens pas triste.
1	Je me sens très souvent triste.
2	Je suis tout le temps triste.
3	Je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable.
2. Pessimisme	
0	Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
3. Échecs dans le passé	
0	Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée.
1	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû
2	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir	
0	J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
5. Sentiments de culpabilité	
0	Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2	Je me sens coupable la plupart du temps.
3	Je me sens tout le temps coupable.
6. Sentiment d'être punie	
0	Je n'ai pas le sentiment d'être punie.
1	Je sens que je pourrais être punie.
2	Je m'attends à être punie.
3	J'ai le sentiment d'être punie.
7. Sentiments négatifs envers soi-même	
0	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1	J'ai perdu confiance en moi.
2	Je suis déçue par moi-même.
3	Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
- 2 Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15. Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

C3 Early trauma inventory self report-short form (ETISR-SF)

Voici une liste d'événements qui ont pu avoir lieu dans votre vie. Veuillez encrer « OUI » si vous avez vécu l'événement et « NON » si l'événement ne vous est pas arrivé. Le parent représente le parent biologique, la personne en position d'autorité ou le parent qui a pris soin de vous :

Partie 1 : Avant l'âge de 18 ans et après l'âge de 18 ans

Partie 2 : Avant l'âge de 18 ans

Partie 1: Événements généraux

	Avant l'âge de 18 ans		Après l'âge de 18 ans	
1. Avez-vous déjà été exposée à une catastrophe naturelle menaçante pour votre vie?	Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous déjà été impliquée dans un accident sérieux?	Oui	Non	Oui	Non
3. Avez-vous déjà souffert d'une blessure ou d'une maladie grave?	Oui	Non	Oui	Non
4. Avez-vous déjà vécu le décès ou une maladie grave d'un parent?	Oui	Non	Oui	Non
5. Avez-vous déjà vécu le divorce ou la séparation de vos parents?	Oui	Non	Oui	Non
6. Avez-vous été confrontée au décès ou à une maladie grave d'un frère ou d'une sœur?	Oui	Non	Oui	Non
7. Avez-vous vécu le décès ou une maladie grave d'un(e) ami(e)?	Oui	Non	Oui	Non
8. Avez-vous déjà été témoins de violence envers quelqu'un, y compris quelqu'un de votre famille?	Oui	Non	Oui	Non
9. Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà souffert d'une maladie mentale ou d'une dépression?	Oui	Non	Oui	Non
10. Est-ce que vos parents avaient un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments ou de drogue?	Oui	Non	Oui	Non
11. Avez-vous déjà été témoin d'un meurtre?	Oui	Non	Oui	Non
12. Avez-vous déjà été agressée physiquement?	Oui	Non	Oui	Non
13. Avez-vous été agressée sexuellement?	Oui	Non	Oui	Non
14. Autre événement traumatisant? (combat militaire, emprisonnement, torture, etc. (spécifiez) :	Oui	Non	Oui	Non

Partie 2 : Pour les questions suivantes, répondez en vous référant à vos parents biologiques ou à d'autres adultes qui ont représenté les figures maternelles et paternelles.

	Avant l'âge de 18 ans	
1. Avez-vous déjà été giflée au visage?	Oui	Non
2. Avez-vous déjà été brûlée avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose?	Oui	Non
3. Avez-vous déjà reçu un coup de poing ou un coup de pied?	Oui	Non
4. Avez-vous déjà été frappée avec un objet que l'on vous a lancé?	Oui	Non
5. Avez-vous déjà été poussée ou bousculée?	Oui	Non
6. Avez-vous été souvent humiliée ou ridiculisée?	Oui	Non
7. Avez-vous souvent été ignorée ou amenée à sentir que vous n'avez pas de valeur?	Oui	Non
8. Vous a-t-on souvent dit que vous n'étiez bonne à rien?	Oui	Non
9. Avez-vous été traitée la plupart du temps avec froideur, insensibilité ou de manière à ce que vous ne vous sentiez pas aimée?	Oui	Non
10. Vos parents ont-ils souvent eu du mal à vous comprendre ou à comprendre vos besoins?	Oui	Non
11. Est-ce que vous n'avez pas reçu des bains réguliers, des vêtements propres ou l'attention médicale que vous nécessitez ?	Oui	Non
12. Vous a-t-on déjà enfermée seule dans une pièce durant une longue période de temps?	Oui	Non
13. Vos parents ont-ils ignoré vos demandes d'attention ou ne vous adressaient pas la parole pour une longue période de temps?	Oui	Non

C4 Revised conflict tactics scales (CTS2)

Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les partenaires aient des différends, qu'ils se contrarient, qu'ils aient des attentes différentes ou qu'ils aient des prises de bec ou des disputes parce qu'ils sont de mauvaise humeur, fatigués ou pour tout autre raison. Ils utilisent également de nombreux moyens pour essayer de résoudre leurs conflits. Vous trouverez ci-dessous une liste de moyens que vous et votre partenaire (ou ancien partenaire) avez peut-être utilisés lorsque vous étiez en désaccord.

Encerclez le nombre de fois que vous avez utilisé ces moyens et combien de fois votre partenaire (ou ancien partenaire) les a utilisés au cours de la dernière année de la relation. Si vous ou votre partenaire (ou ancien partenaire) n'avez pas utilisé ces moyens au cours de la dernière année de la relation, mais que vous les avez utilisés dans le passé, encerclez le chiffre 7. Si cela n'est jamais arrivé, inscrire 0.

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année				
1 = 1 fois au cours de la dernière année					6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année				
2 = 2 fois au cours de la dernière année					7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année									
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année									
1. J'ai montré à mon partenaire que j'étais attachée à lui, même si nous étions en désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
2. Mon partenaire m'a montré qu'il était attaché à moi, même si nous étions en désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
3. J'ai expliqué à mon partenaire mon point de vue concernant notre désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
4. Mon partenaire m'a expliqué son point de vue concernant notre désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
5. J'ai insulté mon partenaire ou je me suis adressée à lui en sacrant	0	1	2	3	4	5	6	7	

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé 1 = 1 fois au cours de la dernière année 2 = 2 fois au cours de la dernière année 3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année 4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année 6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année 7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
6. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
7. J'ai lancé un objet à mon partenaire qui pouvait le blesser	0	1	2	3	4	5	6	7	
8. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
9. J'ai tordu le bras ou j'ai tiré les cheveux de mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
10. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
11. J'ai eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
12. Mon partenaire a eu une entorse, une ecchymose (un bleu) ou une petite coupure à cause d'une bagarre avec moi	0	1	2	3	4	5	6	7	
13. J'ai respecté le point de vue de mon partenaire lors d'un désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
14. Mon partenaire a respecté mon point de vue lors d'un désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
15. J'ai forcé mon partenaire à avoir des relations sexuelles sans condom	0	1	2	3	4	5	6	7	
16. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
17. J'ai poussé ou bousculé mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
18. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année				
1 = 1 fois au cours de la dernière année					6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année				
2 = 2 fois au cours de la dernière année					7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année									
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année									
19. J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger mon partenaire à avoir des relations sexuelles orales ou anales	0	1	2	3	4	5	6	7	
20. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
21. J'ai menacé mon partenaire avec un couteau ou une arme	0	1	2	3	4	5	6	7	
22. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
23. Je me suis évanouie après avoir été frappée à la tête lors d'une bagarre avec mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
24. Mon partenaire s'est évanoui après avoir été frappé à la tête lors d'une bagarre avec moi	0	1	2	3	4	5	6	7	
25. J'ai traité mon partenaire de gros ou de laid	0	1	2	3	4	5	6	7	
26. Mon partenaire m'a traitée de grosse ou de laide	0	1	2	3	4	5	6	7	
27. J'ai donné un coup de poing à mon partenaire ou je l'ai frappé avec un objet qui aurait pu le blesser	0	1	2	3	4	5	6	7	
28. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
29. J'ai détruit quelque chose qui appartenait à mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
30. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
31. J'ai consulté un médecin à la suite d'une bagarre avec mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	

Combien de fois est-ce arrivé?								
0 = ceci n'est jamais arrivé	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année							
1 = 1 fois au cours de la dernière année	6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année							
2 = 2 fois au cours de la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant							
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année								
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année								
32. Mon partenaire a consulté un médecin à la suite d'une bagarre avec moi	0	1	2	3	4	5	6	7
33. J'ai tenté d'étouffer mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7
34. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7
35. J'ai hurlé ou crié après mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7
36. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7
37. J'ai projeté brutalement mon partenaire contre le mur	0	1	2	3	4	5	6	7
38. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7
39. J'ai dit que j'étais certaine que nous pouvions résoudre un problème	0	1	2	3	4	5	6	7
40. Mon partenaire était certain que nous pouvions le résoudre	0	1	2	3	4	5	6	7
41. J'aurais eu besoin de consulter un médecin à la suite d'une bagarre avec mon partenaire, mais je ne l'ai pas fait	0	1	2	3	4	5	6	7
42. Mon partenaire aurait eu besoin de consulter un médecin à la suite d'une bagarre avec moi, mais il ne l'a pas fait	0	1	2	3	4	5	6	7
43. J'ai battu mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7
44. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7
45. J'ai agrippé brusquement mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé 1 = 1 fois au cours de la dernière année 2 = 2 fois au cours de la dernière année 3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année 4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année 6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année 7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
46. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
47. J'ai utilisé la force (comme frapper, maintenir au sol, utiliser une arme) pour obliger mon partenaire à avoir des relations sexuelles	0	1	2	3	4	5	6	7	
48. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
49. Lors d'un désaccord, je suis sortie de la pièce, de la maison ou de la cour bruyamment	0	1	2	3	4	5	6	7	
50. Mon partenaire a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
51. J'ai insisté pour avoir des relations sexuelles avec mon partenaire alors qu'il ne voulait pas (mais sans utiliser la force physique)	0	1	2	3	4	5	6	7	
52. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
53. J'ai giflé mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
54. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
55. J'ai subi une fracture à la suite d'une bagarre avec mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
56. Mon partenaire a subi une fracture à la suite d'une bagarre avec moi	0	1	2	3	4	5	6	7	
57. J'ai menacé mon partenaire afin d'avoir des relations sexuelles orales ou anales	0	1	2	3	4	5	6	7	
58. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année				
1 = 1 fois au cours de la dernière année					6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année				
2 = 2 fois au cours de la dernière année					7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année									
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année									
59. J'ai proposé un compromis lors d'un désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
60. Mon partenaire a proposé un compromis lors d'un désaccord	0	1	2	3	4	5	6	7	
61. J'ai brûlé ou ébouillanté mon partenaire volontairement	0	1	2	3	4	5	6	7	
62. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
63. J'ai insisté auprès de mon partenaire pour avoir des relations sexuelles orales ou anales (mais je n'ai pas utilisé la force physique)	0	1	2	3	4	5	6	7	
64. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
65. J'ai accusé mon partenaire d'être nul comme amant	0	1	2	3	4	5	6	7	
66. Mon partenaire m'a accusée de cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
67. J'ai fait quelque chose pour contrarier mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
68. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
69. J'ai menacé de frapper ou de lancer un objet à mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
70. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
71. À la suite d'une bagarre avec mon partenaire, j'ai ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain	0	1	2	3	4	5	6	7	
72. À la suite d'une bagarre avec moi, mon partenaire a ressenti une douleur physique jusqu'au lendemain	0	1	2	3	4	5	6	7	

Combien de fois est-ce arrivé?									
0 = ceci n'est jamais arrivé					5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année				
1 = 1 fois au cours de la dernière année					6 = plus de 20 fois au cours de la dernière année				
2 = 2 fois au cours de la dernière année					7 = pas au cours de la dernière année de la relation, mais c'est déjà arrivé avant				
3 = 3 à 5 fois au cours de la dernière année									
4 = 6 à 10 fois au cours de la dernière année									
73. J'ai donné un coup de pied à mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
74. Mon partenaire m'a donné un coup de pied	0	1	2	3	4	5	6	7	
75. J'ai utilisé des menaces pour avoir des relations sexuelles avec mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
76. Mon partenaire m'a fait cela	0	1	2	3	4	5	6	7	
77. Lors d'un désaccord, j'ai accepté d'essayer la solution proposée par mon partenaire	0	1	2	3	4	5	6	7	
78. Mon partenaire a accepté d'essayer la solution que j'ai proposée	0	1	2	3	4	5	6	7	

C5 TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS-20)

En vous servant de l'échelle comme guide, veuillez mentionner si vous êtes en accord ou en désaccord avec les déclarations suivantes en encerclant la réponse appropriée. Une seule réponse suffit.

1 = Fortement en désaccord 3 = Ni en désaccord, ni en accord 5 = Fortement en accord 2 = Passablement en désaccord 4 = Passablement en accord					
1.	Je ne suis jamais sûre de l'émotion que je ressens	1	2	3	4 5
2.	J'ai de la difficulté à trouver les mots justes pour exprimer ce que je ressens	1	2	3	4 5
3.	J'ai des sensations physiques que même les médecins ne comprennent pas	1	2	3	4 5
4.	Je peux facilement décrire ce que je ressens	1	2	3	4 5
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de seulement les décrire	1	2	3	4 5
6.	Quand je suis bouleversée je ne sais pas si je suis triste, apeurée, ou fâchée	1	2	3	4 5
7.	J'ai souvent des sensations dans mon corps qui me rendent perplexe	1	2	3	4 5
8.	Je préfère accepter les choses telles qu'elles arrivent plutôt que de chercher à comprendre pourquoi elles sont ainsi	1	2	3	4 5
9.	Je ressens certaines choses que je ne peux pas tout à fait identifier	1	2	3	4 5
10.	Il est essentiel d'être en contact avec ses émotions	1	2	3	4 5
11.	Il m'est difficile de décrire ce que je ressens envers les gens	1	2	3	4 5
12.	Les gens me demandent de décrire davantage ce que je ressens	1	2	3	4 5
13.	Je ne sais pas ce qui se passe en dedans de moi	1	2	3	4 5
14.	Souvent je ne sais pas pourquoi je suis fâchée	1	2	3	4 5
15.	Je préfère parler avec les gens de leurs activités de tous les jours plutôt que de leurs sentiments	1	2	3	4 5

1 = Fortement en désaccord		3 = Ni en désaccord, ni en accord		5 = Fortement en accord		
2 = Passablement en désaccord		4 = Passablement en accord				
16.	Je préfère regarder des programmes de variétés plutôt que des drames psychologiques	1	2	3	4	5
17.	Il m'est difficile de faire part de mes sentiments les plus profonds, et ce, même à mes ami(e)s intimes	1	2	3	4	5
18.	Je peux me sentir près de quelqu'un même pendant des moments de silence	1	2	3	4	5
19.	Je trouve utile d'examiner mes sentiments lorsqu'il s'agit de régler mes problèmes personnels	1	2	3	4	5
20.	Le fait de chercher des significations cachées dans un film ou une pièce de théâtre nous empêche de l'apprécier	1	2	3	4	5

APPENDICE D

LETTRE DE CONFIRMATION DE SOUMISSION D'ARTICLE

Submission Confirmation

Child Abuse & Neglect <chiabu@elsevier.com> 9 janvier 2015 11:59

À : helenecarrier.83@gmail.com

Re: Mediation of alexithymia in the relationship between childhood maltreatment, posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms in women using shelter services by Hélène Carrier, M.A.; Sophie Boucher, Ph.D.; Jacinthe Lemelin, Ph.D.; Catherine Moreau, M.A.

Full Length Article

Dear Ms. Hélène Carrier,

Your submission entitled "Mediation of alexithymia in the relationship between childhood maltreatment, posttraumatic stress symptoms and depressive symptoms in women using shelter services" has been received by Child Abuse & Neglect

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <http://ees.elsevier.com/chiabuneg/>.

Your username is: XXXXX

If you need to retrieve password details, please go to: XXXXX

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Child Abuse & Neglect

RÉFÉRENCES

- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., et Asmundson, G. J. G. (2009). Mental Health Correlates of Intimate Partner Violence in Marital Relationships in a Nationally Representative Sample of Males and Females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398-1417. doi: 10.1177/0886260508322192
- Allen, L. B., Lu, Q., Tsao, J. C. I., Hayes, L. P., et Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1177-1186. Récupéré de <http://hpq.sagepub.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/content/16/8/1177>
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson
- Aspelmeier, J. E., Elliot, A. N., et Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 549-566. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.002
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M., et Foy, D. W. (1995). Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Abuse in Battered Women: Comparisons With Maritally Distressed Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 308-312. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.308
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., et Taylor, G. J. (1994). The twenty-item toronto alexithymia scale—I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bankier, B., Aigner, M., et Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240. doi: 10.1176/appi.psy.42.3.235

- Banyard, V. L., Williams, L. M., et Siegel, J. A. (2001). The Long-Term Mental Health Consequences of Child Sexual Abuse: An Exploratory Study of the Impact of Multiple Traumas in a Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress, 14*(4), 697-715. doi: 10.1023/A:1013085904337
- Beck, A. T., Steer, R. A., et Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, K.D., Stuewig, J., et McCloskey, L.A. (2010). Traumatic Stress Symptoms of Women Exposed to Different Forms of Childhood Victimization and Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(9), 1699-1715. doi: 10.1177/0886260509354578
- Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, Alexithymia and Personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(6), 585-595. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00225-5
- Berenbaum, H., et James T. (1994). Correlates and Retrospectively Reported Antecedents of Alexithymia. *Psychosomatic Medicine, 56*, 353-359. Récupéré de http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1994/07000/Correlates_and_retrospectively_reported.11.aspx
- Berenbaum, H., et Prince, J.D. (1994) Alexithymia and the interpretation of emotion-relevant information. *Cognition & Emotion, 8*, 231-243. doi: 0.1080/02699939408408939
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190. doi:10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Berthelot, N., Hébert, M., Godbout, N., Goulet, M., Bergeron, S., et Boucher S. (2014). Childhood Maltreatment Increases the Risk of Intimate Partner Violence via PTSD and Anger Personality Traits in Individuals Consulting for Sexual Problems. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 23*(9), 982-998. doi : 10.1080/10926771.2014.960631
- Boucher, S., Fortin, A., et Cyr, M. (2006). Vulnérabilité à la dépression chez les femmes victimes de violence conjugale: Contribution de la dépendance et l'autocritique. / Vulnerability to depression among female victims of domestic violence: Contribution of dependency and self-criticism. *Canadian Journal of Behavioural Science, 38*(4), 337-347. doi: 10.1037/cjbs2006019

- Bremner, J. D., Vermetten, E., et Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma : The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12, 1-12. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1<1::AID-DA1>3.0.CO;2-W
- Brière, J., et Jordan, C. E. (2009). Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women : An overview. *Trauma Violence Abuse*, 10(4), 375-388. doi: 10.1177/1524838009339757
- Burczycka, M., et Cotter, A. (2011). Les refuges pour femmes violentées au Canada, 2010. *Juristat*, 1-26. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11495-fra.pdf>
- Carpenter, K. M., et Addis, M. E. (2000). Alexithymia, Gender, and Responses to Depressive Symptoms. *Sex Roles*, 43(9/10), 629-644. doi: 10.1023/A:1007100523844
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., et Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249. doi: 10.1023/A:1022827915757
- Chu, J. A. (1992). The revictimization of Adult Women With Histories of Childhood Abuse. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(3), 259-269. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330300/>
- Clément, M.-È., Chamberland, C., et Trocmé, N. (2009). Épidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. *Santé, Société et Solidarité*, (1), 27-38.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., et Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074. doi: 10.1037/0022-006X.70.5.1067
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W-S., Richardson, J., et Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358(9280), 450-454. doi: 10.1016/S0140-6736(01)05622-7

- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. A. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. Récupéré de <http://www.harriscountytexas.gov/CmpDocuments/86/Annual%20Reports/Complex%20Trauma%20in%20Children%20and%20Adolescents.pdf>
- Corcos, M., et Pirlot, G. (2011). Alexithymie : définition, caractéristique et critique. Dans M. Corcos, G. Pirlot et L. Gwenolé (dir.), *Qu'est-ce que l'alexithymie ?* (p. 23-34). Paris, France : Dunod.
- Corcos, M., et Speranza, C. (2003), *Psychopathologie de l'alexithymie*, Paris, France, Dunod.
- Cyr, M. et Hébert, M. (2009). *Traduction française du Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)*. Document inédit.
- Daigneault, I., Hébert, M., et McDuff, P. (2009). Men's and women's childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships : A study of risks factors. *Child Abuse & Neglect*, 33, 638-647. doi : 10.1016/j.chiabu.2009.04.003
- Desai, S., Arias, I., Thompson, M. P., et Basile, K. C. (2002). Childhood Victimization and Subsequent Adult Revictimization Assessed in a Nationally Representative Sample of Women and Men. *Violence and Victims*, 17(6), 639-653. doi: 2048/10.1891/vivi.17.6.639.33725
- DiLillo, D., Giuffre, D., Tremblay, G. C., et Peterson, L. (2001). A Closer Look at the Nature of Intimate Partner Violence Reported by Women With a History of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., et Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10(2), 83-89. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.83
- Dutton, M. A. (2009). Pathways Linking Intimate Partner Violence and Posttraumatic Disorder. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 211-224. doi: 10.1177/1524838009334451
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., et Oncu, F. (2011). Childhood Abuse and Neglect as a Risk Factor for Alexithymia in Adult Male Substance Dependent Inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85-92. doi: 10.1080/02791072.2009.10400677

- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., et Kilpatrick, D. G. (1993). The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161-162. doi: 10.1037/t05175-000
- Fergusson, D. M., et Horwood, L. J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. Dans S. S. Luthar (dir.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (p.130-155). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Filipas, H.H., et Ullman, S.E. (2006). Child Sexual Abuse, Coping Responses, Self-Blame, Posttraumatic Stress Disorder, and Adult Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652-672. doi: 10.1177/0886260506286879
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., et Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383-412. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.11.001
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007a). Polyvictimization and trauma in national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19, 149-166. doi: 10.1017/S0954579407070083
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., et Hamby, S. (2014). La polyvictimisation comme facteur de risque de revictimisation sexuelle. *Criminologie*, 47(1), 41-58. doi: 10.7202/1024006ar
- Fogarty, C. T., Fredman, L., Heeren, T. C., et Liebschutz, J. (2008). Synergistic effects of child abuse and intimate partner violence on depressive symptoms in women. *Preventive Medicine*, 46, 463-469. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.12.009
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., et Naugle, A. E. (1996). Cumulative Trauma: The Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25-35. doi: 10.1002/jts.2490090104

- Frewen, P. A., Lanius, R. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Pain, C., Hopper, J. W., ... Stevens, T. K. (2008). Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 171-181. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.171
- Gaher, R. M., Arens, A. M., et Shishido, H. (2013). Alexithymia as a Mediator Between Childhood Maltreatment and Impulsivity. *Stress and Health, 1*-7. doi: 10.1002/smi.2552
- Garcia-Moreno, C., AFM Jansen, H., Ellsbergs, M., Heise, L., et H. Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet, 368*, 1260-1269. doi : 10.1016/S0140-6736(06)69523-8
- Gibb, B. E., Chelminski, I., et Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety, 24*(4), 256-263. doi: 10.1002/da.20238
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., Malhi, G.S., Wilhelm, K., et Austin, M.-P. (2004). Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *The American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1417-1425, Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15285968>
- Gouvernement du Québec. Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale et familiale. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale: prévenir, dépister et contrer la violence conjugale*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ministère de la Justice. Secrétariat à la Condition féminine. Ministère de la Sécurité publique. Ministère de l'Éducation. Secrétariat à la Famille.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., et Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology. *The American Journal of Psychiatry, 161*(7), 1299-1301. doi:10.1176/appi.ajp.161.7.1299
- Gross, J. J. (2008). Emotion Regulation. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Feldman Barrett (dir.), *Handbook of Emotions* (3th ed., 497-512). New-York, United States: The Guildford Press.
- Gross, J. J., et Munoz, R. F. (1995). Emotional Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164.

- Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., et Martin, A. (2002). Validation de la version québécoise de l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 257-269.
- Hébert, M. (1997). *Traduction française du Conflict Tactic Scales-Revised-2 (CTS2)*. Document inédit.
- Heise, L., et Garcia-Moreno, C. (2002). La violence exercée par des partenaires intimes. Dans E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. Zwi et R. Lozano-Ascencio (dir.), *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Repéré sur le site de l'Organisation mondiale de la Santé : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Hodges, E. V. E., Boivin, M., Vitaro, F., et Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.
- Humanium. (2012). *Droit à la Protection dans le Monde : Situation du droit à la protection des enfants dans le monde*. Récupéré de <http://www.droitsenfant.org/situation-monde/droit-a-la-protection/>
- Hund, A. R., et Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 393-407. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.003
- Jungmeen, K., et Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kench, S., et Irwin, H. J. (2000). Alexithymia and Childhood Family Environment. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 737-745. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200006)56:6<737::AID-JCLP4>3.0.CO;2-U
- Koss, M. P., et Dinero, T. E. (1989). Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 242-250. doi: 10.1037/0022-006X.57.2.242

- Krauth-Gruber, S. (2009). La regulation des emotions. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (4), 32-39. Récupéré de <http://www.psychologiesociale.eu/files/RePS4.Krauth-Gruber.pdf>
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing : Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, United States : Analytic Press.
- Ladd, B. K., et Skinner, K. (2002). Children's coping strategies: Moderators of the effects of peer victimization. *Developmental Psychology*, 38(2), 267-278.
- Laroche, Denis. (2007). *Contexte et conséquences de la violence conjugale envers les hommes et les femmes au Canada*. Québec : Gouvernement du Québec - Institut de la statistique du Québec.
- Loas, G., Fremaux, D., et Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, 21, 117-122. Récupéré de <http://psycnet.apa.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/psycinfo/1996-85480-001>
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions : Confrontation et évitement* (2e éd.). Bruxelles, Belgique: De Boeck.
- Martinez-Sanchez, F., Ato-Garcia, M., Corcoles Adam, E., Huedo Medina, T. B., et Selva Espana, J. J. (1998). Stability in alexithymia levels: A longitudinal analysis on various emotional answers. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 767-772. doi : 10.1016/S0191-8869(97)00239-0
- Mahady Wilton, M. M., et Craig, W. M. (2000). Emotional Regulation and Display in Classroom Victims of Bullying: Characteristic Expressions of Affect, Coping Styles and Relevant Contextual Factors. *Social Development*, 9(2), 226-245.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., ... Derogatis, L. R. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737-746. doi: 10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001
- McKinney, C. M., Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., et Nelson, S. (2009). Childhood Family Violence and Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence: Findings From a National Population-Based Study of Couples. *Childhood and Intimate Partner Violence*, 19(1), 25-32. doi: org/10.1016/j.annepidem.2008.08.008

- McLean, L., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., et Stuckless, N. (2008). The Relationship Between Childhood Sexual Abuse, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Alexithymia in Two Outpatient Samples: Examination of Women Treated in Community and Institutional Clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 1-17. doi: 10.1300/J070v15n03 01
- Messman-Moore, T. L., Long, P. J., et Siegfried, N. J. (2000). The Revictimization of Child Sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women with Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Adult Physical Abuse. *Child Maltreatment*, 5(1), 18-27
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., et Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Nixon, R. D., Resick, P. A., et Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 315-320. doi: 10.1016/j.jad.2004.01.008
- O'Dougherty Wright, M., Crawford, E., et Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12.007
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Bibliothèque de L'OMS.
- Organisation mondiale de la Santé (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf
- Outlaw, M., Ruback, B. et Britt, C. (2002). Repeat and multiple victimizations: The role of individual and contextual factors. *Violence and Victims*, 17, 187-204. doi: 10.1891/vivi.17.2.187.33648
- Paivio, S. C., et McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 339-354. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.11.018
- Parks, S. E., Kim, K. H., Day, N. L., Garza, M. A., et Larkby, C. A. (2011). Lifetime Self-Reported Victimization Among Low-Income, Urban Women: The Relationship Between Childhood Maltreatment and Adult Violent Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1111-1128. doi: 10.1177/0886260510368158

- Perry, D. G., Hodges, E. V. E., et Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic by peers: A review and new model of family influence. Dans J. Juvonen et S. Graham (dir.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (p. 73-104). New York, United States: Guilford Press.
- Pérusse, F., Boucher, S., et Fernet, M. (2012). Observation of couple interactions : Alexithymia and communication behaviors. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1017-1022.
- Pico-Alfonso, M. A.. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193. doi: 10.1016/j.neubiorev.2004.08.010
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Balsco-Ros, C., Echeburia, E., et Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Polusny, M. A., Dickinson, K. A., Murdoch, M., et Thuras, P. (2008). The role of cumulative sexual trauma and difficulties identifying feelings in understanding female veterans' physical health outcomes. *General Hospital Psychiatry*, 30(2), 162-170. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.11.006
- Preacher, K. J., et Leonardelli, G. J. (2005). Calculation for the Sobel test : An interactive calculation tool for Mediation tests [logiciel]. Récupéré de <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>.
- Reich, D.B., Winternitz, S., Hennen, J., et Stanculescu, C. (2004). A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1601-1606. Récupéré de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641864>
- Richmond, J.M., Elliot, A.N., Pierce, T.W., Aspelmeier, et Alexander, A.A. (2009). Polyvictimization, Childhood Victimization, and Psychological Distress in College Women. *Child Maltreatment*, 14(2), 127-147. doi: 10.1177/1077559508326357
- Roberge, P. (2011). Exploration du concept de traumatisme complexe. *Journal International De Victimologie*, 9(2), 354-363.
- Sauvé, J., et Burns, M. (2009). *Les résidents des refuges pour femmes violentées au Canada, 2008*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2009002/article/10845-fra.pdf>

- Schumm, J. A., Briggs-Philips, M., et Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative Interpersonal Traumas and Social Support as Risk and Resiliency Factors in Predicting PTSD and Depression Among Inner-City Women. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 825-836. doi: 10.1002/jts.20159
- Schwartz, D., et Proctor, L. J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 670-683.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*, 255-262. doi:10.1159/000286529
- Sifneos, P. E. (1996). Alexithymia: Past and present. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 137-142.
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S., et Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect, 27*, 1247-1258. doi:10.1016/j.chiabu.2003.05.001
- Statistique Canada. (2009). Les maisons d'hébergement au Canada : feuillets d'information pour le Canada, les provinces et les territoires. *Statistique Canada*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-404-x/85-404-x2009000-fra.pdf>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Sullivan, T.P., Meese, K.J., Swan, S.C., Mazure, C.M., et Snow, D.L. (2005). Precursors and Correlates of Women's Violence : Child Abuse Traumatization, Victimization of Women, Avoidance Coping, and Psychological Symptoms. *Psychology of Women Quarterly, 29*, 290-301. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00223.x
- Taylor, G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 45*, 134-142.
- Taylor, G. J., et Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and Empirical Research: The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 61*, 99-133. doi: 10.1177/0003065112474066

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., et Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. New York, United States: Cambridge University Press.
- Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., et Polusny, M. A. (2011). Pathways From Child Sexual Abuse to Adult Depression: The Role of Parental Socialization of Emotions and Alexithymia. *Psychology of Violence*, 1(2), 121-135. doi: 10.1037/a0022469
- Tourigny, M., Gagné, M.H., Joly, J., et Chartrand, M.-È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Canadian Journal of Public Health*, 97(2), 109-113. Récupéré de <http://journal.cpha.ca.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/index.php/cjph/article/view/682>
- Tourigny, M., Mayer, M., Hélie, S., Wright, J., et Trocmé, N. (2001). Les mauvais traitements envers les enfants tels que rapportés aux Directeurs de la protection de la jeunesse. *Portrait social au Québec*, Chapitre 20, 459-473.
- Trocmé, N., et Wolfe, D. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cissr-ecirc/index-fra.php>
- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., et Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311-316. doi:10.1097/00005053-200105000-00007
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 567-589. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00047-7
- van der Kolk, B. A., et Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2), 145-168. Récupéré de <http://psycnet.apa.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/psycinfo/1994-37692-001>
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., et Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Weissmann wind, T., et Silvern L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(5), 439-453. doi: 10.1016/0145-2134(94)90029-9

- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., et Felitti, V. J. (2003). Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(2), 166-185. doi: 10.1177/0886260502238733
- Widom, C. S., Czaja, S. J., et Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect, 32*, 785-796. doi:10.1016/j.chiabu.2007.12.006
- Yehuda, R., Halligan, S.L., et Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Development and Psychopathology, 13*, 733-753. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11523857>
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., Marshall, G. N., Schell, T. L., et Jaycox, L. H. (2009). Anxiety Sensitivity and Aspects of Alexithymia Are Independently and Uniquely Associated With Posttraumatic Distress, *Journal of Traumatic Stress, 22*(2), 131-138. doi: 10.1002/jts.20397
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., et Zimmerman, M. (2001). The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample. *Journal of Traumatic Stress, 14*(1), 177-188. doi: 10.1023/A:1007899918410